

SZEGEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.I.20.127/2017/5. 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 és **III.rendű felperes neve (címe)** szám alatti lakos III. rendű felperesek - 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 **neve (címe)** beavatkozott - a Kecskeméti Törvényszék 2016. november 24. napján kelt 5.P.21.168/2012/68. számú ítélete ellen a felperesek részéről 70., az alperes részéről 69. sorszám alatt előterjesztett fellebbezések folytán lefolytatott másodfokú eljárásban meghozta a következő

K Ö Z B E N S Ő Í T É L E T E T:

Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét **részben megváltoztatja** és az alábbiak szerint **újraszövegezi**:

Megállapítja, hogy az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll az I. rendű felperesnél végzett gerincműtétekkel okozati összefüggésben a felpereseket ért károkért.

Megállapítja, hogy az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll az I. rendű felperes csípőprotézis beültetése gyógyulási esélyének a nem megfelelő antibiotikus kezelés miatti csökkenésével okozati összefüggésben bekövetkezett felperesi károkért.

Kötelezi az alperest, 15 nap alatt fizessen meg az I-III. rendű felpereseknek, mint egyetemleges jogosultaknak 30.000,- (Harmincezer) forint másodfokú eljárási költséget.

A közbenső ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S

I.

Az I. rendű felperes 2008. január 11-én került felvételre az alperes idegsebészeti osztályára. Kórlapján magas vérnyomás betegséget, cukorbetegséget és pikkelysömört rögzítettek azzal, hogy utóbbi miatt a beteg szteroid kezelésben részesül. Leírták, régóta vannak deréktáji fájdalmai, amelyek a jobb alsó végtagba sugároznak zsibbadás kíséretében. A konzervatív kezelés eredménytelen maradt, az MR-vizsgálat az LIV-V. közötti résben jobb oldali túlsúlyú gerincsérvet igazolt, kezelésére műtéti megoldást ajánlottak. A kórházi felvételt követően a belgyógyászati kivizsgálás emelkedett fehérvérsejtszámot és vércukorértéket rögzített. Az EKG vizsgálat és a tüdőrontgen negatív lett. Laborértékei miatt a belgyógyász a három napos műtéti előkészítés során a vércukorértékektől függően gyors hatású inzulin adását javasolta.

A műtétet 2008. január 14-én végezték el, melynek során LIV. csigolyaívének részleges elvétele és flavotomia (sárga szalag elvétele) történt, korábban a csigolyatestek közötti térből (LIV-V.) - a porckorong tok behasítását követően - a porckorongsérvet eltávolították, a gyökcsatornát felszabadították, majd vérzéscsillapítást követően réteges sebzárást végeztek. A 2008. január 21-én kiadott zárójelentés epikrízise esetleges gyulladásra vagy fertőzésre utalást nem tartalmazott.

Január 28-án ismételten felvették az I. rendű felperest sebváladékozás miatt. Státusza szerint gerincmozgása beszűkült, reflexei renyhék, műteti sebe vöröses, felső szélénél 2 cm-es sipolynyílás, amelyből megtört, zavaros váladék ürült. Az ezen a napon vett sebváladékból január 31-én Staphylococcus aureus jelenlétét igazolták. Már a felvétel napjától empirikusan Dalacin-C-t (hatóanyag: Clindamycin) kapott intravénásan. Január 30-ára reoperációt (kitisztítást) terveztek, de a beteg magas vércukorértéke miatt a tervezett műtétet elhalasztották. Ekkor láza nem volt.

A 2008. február 1-jén elvégzett műtét (I. gerinc reoperáció) során, a jobb oldali feltáráskor a csigolyaíveket elvéve zavaros folyadék ürült. Feltárták az LIV-V. csigolyák közötti rést és észlelték, hogy abból elfolyósodott discus állomány ürült, illetve a csontszéleknél a durán (kemény burok) kis sérülést láttak, amelyből liquor csorgott. A rést többször átmosták, redissectomiát (eltávolították a kiújult gerincsérvet) végeztek és a feltárást az LIV. csigolyaív felének eltávolításával egészítették ki a szélesebb áttekinthetőség érdekében. A műtét befejezésekként Radon drainage-t alkalmaztak, de a palackból a vákuumot leengedték, tekintettel a durasérülésre. Vérzéscsillapítás után a műteti sebet zárták. Ezen a napon a beteg láztalan volt.

Február 5-én észlelték a seb váladékozását, és az I. rendű felperes lázas állapotát. 7-én nagy fájdalmat, fokozódó panaszokat jelzett. 8-án sebváladékozást rögzítettek. 10-én és 11-én bakteriológiai mintavétel történt, melynek eredményei február 13-án és 15-én rendelkezésre álltak. Előbbi igazolta, hogy a kimutatott Staphylococcus aureus baktériumtörzs a Clindamycinre rezisztenssé vált, és Ciprofloxacinra is csak mérsékelten érzékeny. Az utóbbi vizsgálatnál a mintából Staphylococcus aureus, Staphylococcus coag.neg. és Escherichia coli tenyésztett ki. A vizsgálati anyag itt is pontosan mutatta az egyes baktériumtörzsek érzékenységét a célzott antibiotikus kezelésre. Az alperes továbbra is adagolta a Dalacin-C-t.

A február 13-án elvégzett ismételt feltárás (II. gerinc reoperáció) során észlelték, hogy az izomréteg zárt, alóla nem ürült semmi. Az izomréteg szétválasztásakor kevés megtört váladékot találtak. Radon draint helyeztek be és zárták az izomréteget. A bőr alatti zsír megtört, lepedékes volt, ezt is átmosták, majd ebbe a rétegbe is Radon drain került.

A beteg február 16-tól jelentősebb fájdalomra panaszkodott, 19-től szívó drainen keresztül folytatták a szívást. Kötéscserét, drain eltávolítást, sebvarrat ritkítást 20-án végeztek. Mivel váladék ürült, ismételt sebváladék-tenyésztés történt, eredménye február 22-re készült el. A vizsgálat során Staphylococcus aureus tenyésztett ki, mely a Clindamycin hatóanyagot tartalmazó Dalacin-C antibiotikumra továbbra is rezisztens volt. Az alperes folytatta a Dalacin-C adását. Február 24-én ismét sebváladékozást tapasztaltak kifejezett seb- és derékfájdalom fokozódás mellett. Hőemelkedést 26-án és 27-én rögzítették, de az fennállt a 28-29-i beteglap szerint is. Március 7-én a seb gyulladásos tünetei csökkentek, és külső rögzítőfüző mellett a beteg derékfájdalmai is enyhültek. Gerinckímélő életmódot, füző használatát írták elő véralvadásgátló és Dalacin-C szedése, valamint fizioterápia mellett. A zárójelentésben a porckorong gyulladásos állapota szerepelt.

Az I. rendű felperes 2008. április 1-jén az alperesi intézmény idegsebészeti szakrendelésének ambuláns vizsgálatán elmondta, hogy csak segédeszközzel tud járni, dereka fáj. A fizikális vizsgálat során gyógyult, lobmentes sebet észleltek, kontroll MR vizsgálatra jegyezték elő április 24-re. Ennek során a porckorong gyulladásos folyamatát regisztrálták, ami felvetette a csigolyatestre való áttérjedés alapos gyanúját, mivel a képi anyag az LIV-V. csigolya közötti descusrés egyenetlenségét, beszűkülését, valamint mindkét csigolyában kiterjedt ödémát és a porckorongban, valamint a csigolyatestekben inhomogén kontraszthalmozást igazolt. Ezen kívül kis epidurális folyadékgyülem volt látható az LIV. csigolya mögötti térben. Ezt követően jegyezték elő a beteget május 15-re fixációs műtétre, emellett folytatták a Dalacin-C adását.

Az előjegyzett műtetre (III. gerinc reoperáció) 2008. május 21-én került sor. Feltárták az LIII. és SI tövisnyúlvány felett a csigolyák ívét. A szövetek vérzékenyek voltak. Az érintett csigolyákba mindkét oldalon csavarokat helyeztek, amelyek a porotikus szerkezetű csontokba igen könnyen belementek. Felhelyezték a rudakat és ezzel elvégezték a fixációt, majd harántösszekötő eszköz behelyezését követően vérzéscsillapítás és sebzáras történt a Radon draineik felett. Másnap a két braunült és a hólyagkatétet eltávolították, 23-án a Radon draineiket is kivették, a beteg antikoaguláns kezelést kapott, láztalan volt. Május 25-én bocsátották otthonába jó általános állapotban véralvadásgátló alkalmazásának javaslatával.

A június 3-i varratszedésnél a fonalak mentén kis váladékozást észleltek. Javasolták Ciprobay (hatóanyag: Cipofloxan) szedését és szükség szerint kontrollvizsgálatot. A 17-i kontrollon a műtéti területen két helyen volt pontszerű sipolynyílás, melyekből váladék ürült, ezért baktériumtenyésztésre mintát vettek. Előírták a Ciprobay további szedését, lokális sebkezelést, valamint további kontrollvizsgálatot. A baktériumtenyésztés június 19-i és 23-i eredménye ismét azt mutatta, a baktérium csak mérsékelten érzékeny a Ciplofloxacin (Ciprobay) hatóanyagra, de az utasítás szerint az I. rendű felperes továbbra is ezt az antibiotikumot szedte.

A beteg 2008. június 24-én újabb kontrollvizsgálaton jelent meg, ahol derékfájdalomra, lázra és sebváladékozásra panaszkodott, illetve továbbra is fennállt a két sipolynyílás, belőlük váladék ürült. Ezt követően vették fel az I. rendű felperest az alperes idegsebészeti osztályára és a korábbi baktériumtenyésztés eredményét figyelembe véve Gentamycin célzott adását kezdték, amit június 25-26-án folytattak.

A 27-én elvégzett IV. gerinc reoperáció során a korábbi műtéti területet feltárták. A zsírszövetben több helyen pontszerű sipolynyílásokat észleltek, amely egy ponton levezetett a csavarok mellé. Nagy mennyiségű váladékot nem találtak, a műtéti területet többször átmosták és a drain felett zárták. A műtétet követően az I. rendű felperes tünetei enyhültek, mankóval közlekedett, láztalan volt. Július 7-én sebváladék-tenyésztésre mintát vettek, majd 9-én MR vizsgálatot végeztek. Ennek során a lumbalis lordosis ívének elsimulását véleményezték az LIII. csigolya magasságában, és a durazsákon elmozdulást. Az LIV. és LV. csigolyák fokozott jelmenetűek voltak, amely zsíros degenerációra utalt. Közöttük a discusrés jelentősen beszűkült, lépcsőképződés volt látható, ez összenyomta és enyhén elmozdította a durazsákat. Az érintett porckorongok dehidratáltak voltak. A gyógyszerek adását folytatták. A betegnél hőemelkedést, majd 11-én a sebváladékozást észleltek. Az antibiotikus kezelést kiegészítették - a tenyésztési eredményeknek megfelelően - célzott Sumetrolim adásával, ezzel kombinált antibiotikus terápiát kezdtek. 12-13-án a sebből bőséges váladékozás indult, ezért lokális Gentamycin öblítést végeztek. A beteg továbbra is láztalan volt. 15-én ismételten lokális sebkezelést hajtottak végre Gentamycin alkalmazása mellett. Az ápolási dokumentáció szerint intravénásan szintén kapott kettő ampulla Gentamycint, de folytatták a Sumetrolim tabletta adását is. Július 16-17-re a sebváladékozás csökkent, a beteg láztalan volt. 28-án fejezték be a Gentamycin adását, azonban a Sumetrolimot továbbra is adagolták. Július 31-én bocsátották haza. Zárójelentése szerint sebe gyógyult, viszont deréktáji fájdalmai megmaradtak. Gerinckímélő életmódot javasoltak trombózis profilaxis és fizioterápia mellett, valamint továbbra is Sumetrolim szedését tanácsolták. Állapotának megfelelően cukorbetegségének kezelését inzulinra változtatták és diabetológiai szakrendelésre utalták.

2008. szeptember 30-án az I. rendű felperes ismét megjelent az idegsebészeti szakrendelésen. Ekkor jobb lábába sugárzó fájdalomról panaszkodott, nem bírt hosszabb ideig állni. Sebváladékozást nem észleltek, viszont derékmozgásai kifejezetten beszűkültek, jobb oldalt a Lasseeque tünet 70 foknál pozitív volt. Neurológiai tünetei miatt október 10-re ágyéki MR kontrollvizsgálatra jegyezték elő. Ez az ágyéki gerinc porckorongjainak dehidratáltságát és az LIV-LV. csigolya közötti porckorong

nagymértékű ellapulását igazolta, továbbá ebben a magasságban hegesezés miatti szűkületet jelzett. Az október 14-én ismételt elvégzett idegsebészeti kontrollvizsgálat során - az MR vizsgálati leletre figyelemmel - dekompressziós műtétet javasoltak, amire a beteget október 31-re jegyezték elő az alperesi intézet idegsebészeti osztályára.

II.

Az I. rendű felperest 2008. október 25-én az ügyeletes orvos irányította az alperesi gyógyintézet sürgősségi osztályára 3-4 napja jelentkezett erős fájdalom, valamint a bal láb kifejezett duzzanata miatt. A laborvizsgálat trombózis fennállását kizárta, ezért az idegsebészeti osztályra helyezték. Az október 27-én elvégzett röntgenvizsgálat során a jobb femurfej megkisebbedését és deformációját észlelték, illetve az ízületi rés beszűkülését. A femurfej necrosisára figyelemmel protézis beültetésre jegyezték elő december 9-re.

A beteget 2008. november 20-án az alperes baleseti sebészeti osztályára vették fel, ahol másnap megműtötték. A femurfejet eltávolították, észlelték, hogy a fej hiányos, mállekony. A vápát előkészítették, azonban az is porotikus volt, a vápafenék hiányosnak mutatkozott. Ezt követően a combfejből készített korongot ültettek be és 48-as vápát ragasztottak be, majd a combcsont előkészítése után 13RN szárat ültettek be. A próba után golyót helyeztek fel a szárra, repositiot végeztek. Vérzéscsillapítást követően a Radon draineek felett réteges sebzárást alkalmaztak. December 2-án palackcsere és UH vizsgálat megtörténtét dokumentálták. Ez utóbbin diffúz gyulladásnak megfelelő tüneteket észleltek és kezdődő beolvadást véleményeztek.

December 9-én a sebből genny ürült. Másnap közepes mennyiségű váladékozást jegyeztek fel. 14-én ismét közepes mennyiségű váladékot észleltek, ezért feltárták a sebet, ahol zsírnecrosist tapasztaltak. 30 szemes PMMA láncot helyeztek be, majd a drain felett réteges sebzárást és leoltást végeztek. Az elkövetkező napokban a váladékozás hol megszűnt, hol közepes mennyiségű volt.

Az I. rendű felperest tartós drainálással, nyugodt sebbel, láztalan állapotban, mobilizálás után december 23-án otthonába bocsátották azzal, hogy 29-re sebellenőrzésre visszarendelték. Ekkor a traumatológiai ambulancián megállapították, hogy csípőtáji sebe lobmentes, 6 nap alatt 100 ml váladék ürült. A beteg 2009. január 1-jén ismét megjelent az alperes traumatológiai ambulanciáján, ahol kevés váladékkürülést jegyeztek fel és a draint eltávolították. 16-án javasolták a Sumetrolim továbbadását. A 29-én elvégzett kontroll röntgenfelvétel szerint a protézis jó helyzetű, a mozgásfunkció a rotációs mozgásban kissé bővebb. A hajlítás-nyújtás csaknem teljes, sebe gyógyult. Fokozatos terhelést javasoltak.

Az I. rendű felperes 2009. február 20-án került az alperes baleseti sebészeti osztályára. Kórlapja szerint 3 napja otthonában elesett, jobb csípőjét megütötte, azóta panaszai ismét fokozódtak. A műtéti terület távolabbi szakaszán mérsékelt beszűrődés jelentkezett. Az aznapi feltárás során közepes mennyiségű fibrines, helyenként kissé zavaros szövetnedvet észleltek. Leoltást végeztek, a PMMA láncot eltávolították, majd alapos öblítés és a károsodott, fertőzött szövetek eltávolítása után a drain felett zárták a sebet. Ezt követően március 2-án nyugodt sebbel otthonába bocsátották.

Az I. rendű felperes március 11-én jelentkezett ismét az alperes traumatológiai szakrendelésén, ekkor a műtéti terület distalis harmadában kevés váladékozást tapasztaltak. Augmentin duo szedését javasolták, és március 16-ra kontrollra visszarendelték. A beteg 20-án jelent meg ismét. A draint eltávolították, láza nem volt, a műtéti terület reakciómentes.

Ezt követően április 30-án vették fel **(város neve)** Város Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórházának Rehabilitációs Osztályára, ahol jobb oldalon a csípőprotézis-műtét hegének középső részén, a medialis oldalon kb. diónyi vérbő duzzanatot észleltek, benne folyadékot

tapintottak ki. Végtagját csípőből emelni nem tudta, combjának elülső medialis részén is duzzanat volt. Ezt megnyitották. Kb. 2 dl gennyes haematoma ürült, a tályog terjedelme distalisan nagyobb volt. A sebet naponta hidrogén-peroxiddal öblögették, ennek ellenére a fájdalom nem szűnt meg, így további kezelés céljából az alpereshez irányították május 5-én. E napon fel is vették az alperes speciális rehabilitációs osztályára, ahol másnap sebet ismét feltárták. Az eredeti műtéti hegbe behatolva sipolynylást metszettek ki, leoltást végeztek, PMMA láncot helyeztek be a debridemente után, majd a drain felett a sebet rétegesen zárták. Május 7-én lobmentes sebbel a baleseti sebészeti osztályra helyezték. Itt sebe rendben volt és 12-étől megkezdték mobilizálását. A május 14-i zárójelentés szerint jó általános állapotban, lobmentes sebbel bocsátották otthonába Klimicin szedésének javaslata mellett.

Az I. rendű felperes május 20-án megjelent az alperes traumatológiai szakrendelésén. Megállapították, a műtéti terület reakciómentes, a váladék 30 ml alatti, és a draint kivették. Terápiaként Zaldiar szedését javasolták. A 29-én elvégzett röntgenvizsgálat szerint a protézis jó helyzetben volt, ugyanakkor felszívódott zónát észleltek a vápa körül, ezért június 1-re vápacserére jegyezték elő. Június 2-án feltárást végeztek, a PMMA láncot eltávolították, észlelték, hogy a vápa lazult, ezért azt is eltávolították. A vápafenéken egy kb. 2x3 cm-es csonthiányt találtak, emiatt vápafenékplasztikát végeztek, és egyfűlű 49-es vápakosarat csavaroztak fel, melybe 48-as vápát ragasztottak. A sebet rétegesen zárták a drain felett, és intraoperatív leoltás is történt. A június 3-i és 9-i laboratóriumi leletek szisztémás gyulladásra utaltak, a beteg antibiotikum-kezelést ebben az időszakban nem kapott. A június 15-i zárójelentés szerint az I. rendű felperes MRSA fertőzött, amely miatt speciális rehabilitációs osztályra helyezték.

Az orr-, torok- és sebváladék június 18-i MRSA szűrése 22-én és 23-án negatív eredményt adott. Július 13-án az ismételt infectológiai konzílium során feljegyezték, hogy az I. rendű felperes drainjein kb. napi 70 ml véres váladék ürül, láztalan, sétálgat. A gyulladásos paraméterek kontrollját javasolták azzal, hogy ha eredményei a július 7-én mért eredményekkel megegyeznek vagy javulnak, az antibiotikumos terápia elhagyható. Az antibiotikumos terápiával július 13-án hagytak fel annak ellenére, hogy a betegnek egyébként két laborparamétere is romlott korábbi eredményeihez képest. Az I. rendű felperest július 15-én lobmentes sebbel, drainnel otthonába bocsátották.

A július 24-i kontrollvizsgálaton rögzítettek szerint a drainen naponta 50-60 ml sebváladék ürül. CRP vizsgálat céljából mintát vettek, július 27-re csípőrontgenre előjegyezték. 29-én a csípőprotézis eltávolítása céljából ismét felvették az alperes baleseti sebészeti osztályára. Az ezen a napon elvégzett műtét során a sipolyt kiirtották a protézis körül, és a járatot leszámítva nyugtalanságot nem észleltek. A vápakosarat és szárat eltávolították, egyik mögött sem találtak lazulásra utaló sarjszövetet. A vápafenék ép volt. Alapos debridement után a vápába és a velőürbe gentamycines spacert helyeztek el, majd a drain felett a sebet rétegesen zárták.

Az augusztus 11-én észlelt jelentős váladékozás miatt a területet 12-én ismét feltárták, a gentamycines spacert eltávolították. Gennyes folyamatot nem találtak, újabb spacert helyeztek be, majd a drain felett a sebet rétegesen zárták. Az I. rendű felperest augusztus 28-án drain visszahagyása mellett bocsátották otthonába. A zárójelentés szerint a váladékozás csökkenőben van, műtéti sebe gyógyult. Aktil duo szedését javasolták és kontrollvizsgálatot.

A beteg október 4-én ismét megjelent az alperes baleseti sebészeti osztályán, kórlapja szerint sebe továbbra is váladékozik. A palackos spacer kiszerezésére, valamint protézis beültetésére felvették az osztályra. 5-én műtötték, a spacert eltávolították, a vápát és a szárat előkészítették, a vápát beragasztották, reponálták. A korábbi számos műtét miatti hegesezés és izomsorvadás okán ficamodásra való hajlamot észleltek rotációs mozgásban, ezért egy vápacikkelyt csavaroztak fel. A mozgatási próba során az ízület stabil volt, réteges sebzárás történt. Az október 22-én elvégzett UH

vizsgálaton a műtési heg középső harmadában, a bőrfelszín alatt kb. 2 cm-re kezdődve 2,5 cm-es sávban rekeszes belső echokat is tartalmazó, sűrű folyadékgyülem látszott. A zárójelentés szerint a primer műtét során vett mintából baktérium nem tenyésztett ki. Az I. rendű felperest nyugodt környezetű sebbel bocsátották otthonába. A november 30-i keltezésű bakteriológiai lelet szerint a sipolyból baktérium nem tenyésztett ki.

A 2010. január 22-i kontrollon a műtési terület duzzadt volt, ezért azt megnyitották. Kb. 60 ml véres-savós váladék ürült, környezete reakciómentes.

Az I. rendű felperest 2011. február 4-én megműtötték az alperes ortopéd sebészeti osztályán. A protézist teljesen eltávolították, majd gentamycines spacerrel ideiglenes pótlás történt. A zárójelentés szerint zavartalan postoperatios szakot követően jó általános állapotban, jó funkcióval bocsátották otthonába, ahol Ciprobay antibiotikumos terápiát javasoltak.

Az I. rendű felperes jelenleg két könyökmankóval közlekedik, jobb alsó végtagján 5 cm-es rövidülés észlelhető.

Pszichés státusza eltérést annyiban mutat, hogy hangulat-ingadozását írták le. A 2008-as műtétet követően - a 2012-es műtési megoldásig - pedig hangulata kifejezetten nyomott volt, mely testi panaszaival ok-okozati összefüggésben állt. Jelenleg a betegségi állapotot elfogadta, ezzel betegségtudata megfelelő, az orvosi kezelésben együttműködik.

A felperések vagyoni és nemvagyoni kártérítés megfizetésére kérték kötelezni az alperest. Keresetüket arra alapították, hogy nem az elvárható gondossággal járt el az I. rendű felperes gerinc- és csípőműtete során, egyik alkalommal sem kezelte megfelelően bakteriális fertőzését, így ez vezetett maradandó egészségkárosodásához.

Az alperes ellenkérelme a kereset elutasítására irányult. Véleménye szerint az I. rendű felperes ellátása során a szakma szabályainak megfelelően, az elvárható gondossággal járt el. A beteg krónikus társbetegségeiben szenvedett, melyek közrehatottak a nála fellépett szövődmény kialakulásában. Nyomatékosan hangsúlyozta, nem a gerincműtét következtében jött létre gyulladás a csípőjében, hiszen ha a csípőműtétnél gyulladás van, protetizálásra sor sem kerül.

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

Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletével megállapította, hogy az alperes teljes kártérítési felelősséggel tartozik a késve megkezdett antibiotikus kezelés következtében a gerincműtéttel összefüggésben a felperéseket ért károkért. Indokolásában a Ptk-ra, az Eütv. 77. § (3) bekezdésére, valamint 244. §-ára figyelemmel kifejtette, a kirendelt szakértők véleménye alapján a fokozott rizikótényezőkkel rendelkező beteg esetében történt egy relatív indikációval végzett gerincműtét, melynek előkészítési periódusában nem mérlegelték kellően az egyes rizikófaktorokat. Így a diabetes és következményes magas vércukorértékek, a szisztémás bőrbetegség és az ehhez társuló tartós szteroidkezelés, valamint a laboratóriumi vizsgálatok adataiban észlelhető latens gyulladásos folyamat lehetőségét, és az ezeket súlyosító túlsúlyt, melyek komolyabb előkészítési periódust tettek volna szükségessé, hogy a primer porckorongsérv műtét megfelelő biztonsággal végezhető legyen. Megállapította ugyanakkor, hogy a műtét technikai kivitelezése a szakma szabályai szerint történt. Az első reoperatios műtét utáni, primeren megkezdett, empirikus Dalacin-C kezelést még nem minősítette szakmai hibának, mert csak 2008. február 13-án vált ismertté az új bakteriológiai vizsgálat eredménye, az ezt követő, módosítás nélküli antibiotikum adást azonban igen. Hangsúlyozta, a jól megválasztott és megfelelő ideig adott antibiotikum és localis ellátás mellett lett volna esély, hogy a gerinc gyulladásos, fertőzőes eredetű folyamata 2008. februárjában-

márciusában megálljon, vagyis a gerincműtét esetében adekvát antibiotikummal reális esély lett volna az egészségkárosodás csökkentésére. 2008. áprilisában-májusában érdemi javulás már csak az újabb műtét és a megfelelő antibiotikus kezelés együttes hatásától lett volna várható. Emellett - szükség szerinti sebészi - kezeléssel a spondylitis talán kisebb hegesedéssel és gyorsabban gyógyult volna, alacsonyabb fokú egészségkárosodással, de ennek a későbbi csípőműtét elfertőződéséhez nincs köze. Elfogadva a szakvélemény további megállapítását hangsúlyozta, a combfejelhalást nem csontvelőgyulladás okozta, annak más a klinikai képe. Rámutatott, teljes bizonyossággal az elváltozás okát, eredetét azzal igazolhatta volna az alperes, ha a kivett combfejet elküldi szövettani vizsgálatra. Véggkövetkeztetése az volt, bár 2008. február 13-át követően több bakteriológiai eredmény is mutatta, hogy a Dalacin-C antibiotikummal szemben a Staphylococcus aureus törzs rezisztens, az alperes továbbra is ezt a kezelést alkalmazta az I. rendű felperesnél, ezzel nem a szakma szabályai szerint járt el. Adekvátan választott és adekvát ideig adott antibiotikum kezelés és localis sebészeti ellátás mellett lett volna esély a gerinc gyulladásos, fertőzőes eredetű folyamatának 2008. februárjában-márciusában való megállítására, az ezzel kapcsolatos egészségkárosodás elkerülésére. Nem látta azonban bizonyítottnak, hogy a gerinc sebfertőződése vér útján áttérjedt volna a jobb csípőre, és ez okozta volna a fertőzőes folyamat eredményeként a jobb combfej elhalását.

A közbenső ítélet ellen a felperesek és az alperes terjesztettek elő fellebbezést.

A felperesek jogorvoslati kérelme az elsőfokú bíróság közbenső ítéletének részbeni megváltoztatására és közbenső ítélettel az alperes teljes kártérítési felelősségének megállapítására irányult az I. rendű felperes gerinc- és csípő-, valamint combcsontkárosodása kapcsán a felpereseket ért károkért. Másodlagosan ugyancsak részbeni megváltoztatást kértek annak megállapításával, hogy az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll az I. rendű felperes gerinckárosodása, valamint a csípőprotézis eltávolítása kapcsán őket ért károkért. Véleményük szerint a gerincműtét és a következményes gerinckárosodás körében az ítélet indokolása hiányos. Azzal, hogy a szakértők megállapították, az I. rendű felperesnél fennállt rizikótényezők kiküszöbölése esetén reális eséllyel csökkenthető lett volna a gerincműtét szövődményeinek kialakulási valószínűsége, az alperes nem az elvárható gondossággal járt el, ugyanis semmit nem tett ezek kizárása, elhárítása érdekében.

Álláspontjuk az volt, nemcsak a 2008. február 13-át követő antibiotikum terápia tekintetében állapítható meg az alperes felróható magatartása, hanem a műtéttechnikai kivitelezéssel kapcsolatban is. A rendelkezésre álló idegsebész szakvélemény szerint a második reoperatio műtéti ellátása technikai szempontból elégtelen volt, ugyanis ekkor már fel kellett ismerni a műtéti beavatkozást megelőző diagnosztikus vizsgálat szükségességét, annak eredményét figyelembe véve kellett volna döntenie a megfelelő sebészi megoldásról, végső soron gerincstabilizáló műtéti eljárásról, valamint szívódrain bevezetéséről ismételt bakteriológiai vizsgálat elvégzését követően. A bizonyíték-értékelés során azonban az elsőfokú bíróság az idegsebész szakértő véleményét nem vette figyelembe.

Megítélésük szerint az ítélet indokolásából teljesen hiányzik a III. reoperatio szakmai elemzése és a jogi következtetés levonása. Az idegsebészeti szakvélemény egyértelmű atekintetben, hogy az elvégzett műtét radikalitás hiányában nem szolgálta a szeptikus folyamat szanálását, nemcsak stabilizálást, hanem megfelelő dekompressziót, az epidurális térből a folyadékgyülem eltávolítást, és a LIV-V. közötti rés ismételt feltárását, valamint ezen területek bakteriológiai leoltását is el kellett volna végezni. Ezen túl szívó-, öblítő draint kellett volna a sebben hagyni. Mindezek alapján az alperes a III. reoperatio során felróható műtéttechnikai hibát vétett, továbbá a fertőzés szanálása körében a nem megfelelő antibiotikum terápia és seböblítés hiánya folytán csökkentette, elvette az I. rendű felperes esélyét attól, hogy a fertőzés, a csigolyatest meggyógyulhasson, majd egy sikeres gerinctámasztó műtét elvégzésre kerülhessen.

A combfejelhalással kapcsolatban kifejtették, e kérdésben két szakértői vélemény állt rendelkezésre, melyek részint egymással ellentétes megállapításokat tartalmaznak, ugyanakkor az elsőfokú bíróság a Pp. 206. § (1) bekezdése szerinti bizonyíték-értékelésből az idegsebész szakértői véleményt teljes egészében, megfelelő magyarázat nélkül figyelmen kívül hagyta. Kiemelték, a **(szakértő intézet neve)** szakvéleménye, bár bizonyítékot nem talált rá, mégsem zárja ki, hogy a combfej elhalása fertőzés talaján jött létre. A csípőízület és a combfejkárosodás eredetét egyedül a femurfej szövettani vizsgálata tisztázhatta volna, amit viszont az alperes elmulasztott, az ebből eredő bizonytalanság a felperesek terhére így nem értékelhető.

Hozzá tették, nekik csupán azt kellett bizonyítaniuk, hogy a károsodás az alperesi betegellátás, az alperes által kifejtett egészségügyi gyógyszolgáltatás során következett be, amit az orvosi dokumentáció igazol. Az alperesnek ugyanakkor a felróhatóság alóli kimentés körében azt kellett bizonyítania, hogy a combcsont- és csípőkárosodás akkor is teljes bizonyossággal bekövetkezett volna, ha az elvárható gondosságot tanúsítja az I. rendű felperes gerincfertőzésének kialakulása és ellátása során. E kötelezettségének viszont nem tett eleget. Ezzel összefüggésben is utaltak a **(szakértő intézet neve)** szakvéleményére. Véleményük szerint ezért az alperes felelőssége fennáll.

Az idegsebészeti szakvélemény megállapításaira alapozva kiemelték, a combfej és csípőízületi károsodás a gerincfertőzés vér útján történő továbbterjedésével alakult ki.

Álláspontjuk az volt, amennyiben az I. rendű felperes fertőzésének ellátása a protézis behelyezést követően a szakmai szabályok szerint történik, lett volna esély arra, hogy a csípőprotézis többszöri eltávolítására ne kerüljön sor, az ezzel járó károsodás kisebb fokú legyen, azaz a betegnek ne kelljen csípőprotézis nélkül élnie. Etekintetben a **(szakértő intézet neve)** szakvéleménye releváns megállapításokat tartalmaz, hivatkozásukat alátámasztja, azonban az elsőfokú bíróság ítéletéből ennek értékelése kimaradt. A szakvélemény kiemelte, a 2009. június 3-tól kezdődő antibiotikumos terápia csökkentette volna a protézis eltávolításának esélyét. A szakértők azt is megállapították, hogy 2009. október 22-én is indokolt lehetett volna antibiotikus terápia indítása, ami az újabb protézis fertőzés bekövetkezésének esélyét csökkentette volna.

Hozzá tették, mindezek alapján - az elsőfokú bíróság álláspontjától eltérően - az alperesi kártérítési felelősség nem szűkíthető le az I. rendű felperes gerincműködésére.

Az alperes fellebbezése az elsőfokú bíróság közbenső ítéletének megváltoztatására és a kereset elutasítására irányult. Hangsúlyozta, az I. rendű felperesnél a gerincműtét a szakmai szabályok és protokoll betartásával történt, a fellejebb szövegműben az I. rendű felperes korábbi betegségei játszottak primer módon szerepet. Az első műtėti felvételkor ugyanis már számos alapbetegségben szenvedett, szteroidkezelésben is részesült, fájdalma deréktájra és jobb lábába sugárzott ki. Kérte figyelembe venni, hogy az MR vizsgálat alapján kimutatott gerincsérv műtėti megoldása volt javallott. Tény, hogy a kirendelt szakértő véleménye szerint a Dalacin-C antibiotikumra a Staphylococcus aureus törzs rezisztens, így antibiotikum váltásra lett volna szükség, azonban arra a szakértő nem adott pontos magyarázatot, hogy a váltott antibiotikum alkalmazás során a fertőzőes eredetű folyamat reálisan megállítható lett volna. Álláspontja szerint a szakvélemény ebben a tekintetben nem egzak, homályos, azaz nem szolgálhat alapul az alperesi felelősség megállapításához.

A felperesek fellebbezési ellenkérelme - fellebbezésükkel nem érintett részében - az elsőfokú bíróság közbenső ítéletének helybenhagyására irányult.

A felperesek fellebbezése **részben alapos**, az alperesi fellebbezés **alaptalan**.

Ahogy az elsőfokú ítélet is helytállóan állapította meg, az I. rendű felperes és az alperes között kötetmi jogviszony, szerződés jött létre, melynek tartalmát az 1997. évi CLIV. tv. (Eütv.)

rendelkezései adják meg. Az Eütv. szolgáltatásként a beteg egészségi állapotának kedvező alakítása, helyreállítása, illetőleg megőrzése érdekében végzett kezelési, ellátási tevékenységet határozza meg a gyógykezelésben résztvevő egészségügyi személyzet kötelezettségeként, ami a felek szerződéses céljával azonos. Mindazon mulasztások, melyek e cél elérését veszélyeztetik, kötelezettségszegést jelentenek. A sajátos egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban az egészségügyi szolgáltató magatartási mércéjére az Eütv. szerinti speciális szabályok vonatkoznak, egyebekben azonban - Eütv. 244. § (2) bekezdésének utaló szabálya folytán - a felelősség kérdésében irányadóak a kártérítési felelősség általános polgári jogi szabályai is (Ptk. 339. §). Ez azt jelenti, hogy a jogellenes alperesi magatartással okozati összefüggésben felmerült károkért az alperest annyiban terheli felelősség, amennyiben magát az alól kimenteni nem tudja. Vagyis ha bizonyítást nyer, hogy a tényleges hátrány, az egészségromlás - amely az e kontraktuális jogviszonyra irányadó megközelítésben ellentétes a szerződéses jogviszony céljával - valamely kezeléssel összefüggésben, annak során következett be, az egészségügyi intézmény bizonyíthatja, hogy felróható kezelési hiba nem történt, azaz eljárása megfelelt az Eütv. 77. § (3) bekezdésben foglalt gondossági mércének, az egészségkárosodás nem a kezelési hiba miatt következett be, illetőleg a kezelési hibától függetlenül is előállott volna. Ez tartalmilag azt jelenti, hogy nemcsak az Eütv. szerinti zsinórmértéknek megfelelő kezelés vezethet a felelősség alóli mentesüléshez, hanem az is, ha az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban résztvevő személyzet szakmailag egyébként nem megfelelő kezelésével nem áll adekvát és jogilag releváns oksági kapcsolatban a bekövetkezett hátrány (eBDT 2013.2841. számú döntés).

Jelen esetben az I. rendű felperes régóta fennálló deréktáji fájdalmai, zsibbadás miatt került az alperesi egészségügyi intézménybe. A felperesek állítása szerint az alperes nem az elvárható gondossággal járt el az I. rendű felperes gerinc- és csípőműtete során, ez eredményezte maradandó egészségkárosodását. Az alperesi védekezés szerint azonban ez a hátrány nem áll okozati összefüggésben az egészségügyi szolgáltatás körében kifejtett tevékenységével, kezelése minden tekintetben megfelelt az Eütv. 77. § (3) bekezdése szerinti követelményeknek.

Az alperes szerződéses kötelezettsége volt, hogy a szakmai és etikai szabályok, irányelvek betartásával járjon el az I. rendű felperes műtėti beavatkozásai során. Önmagában azonban a protokoll betartása sem zárja ki a kártérítési felelősséget, mert az egészségügyi intézmény elvárhatósági mércéje túlmutat a szakmai szabályok betartásán (hasonlóan Kúria Pfv.III.20.325/2016/3.). A kezelés módját az orvos maga választhatja meg, de a választott módért felelős.

A felperes a primer gerincműtétet megelőzően számos alapbetegségben szenvedett, így magasvérnyomás és cukorbetegségben, valamint pikkelysömörben, mely utóbbi miatt folyamatosan szteroidkezelésben részesült. Az eljárás során kirendelt **(szakértő neve)** idegsebész főorvos, igazságügyi szakértő véleménye szerint az anamnesztikus adatok, a beteg mozgásszervi és neurológiai státusza, valamint az MR vizsgálattal igazolt LIV-V. részben elhelyezkedő, jobb oldali túlsúlyú, konzervatív kezelésre nem javuló porckorongsérv csak relatív műtėti indikációt képezett. Ez azt jelenti, hogy a műtétet végző orvosok szakmai szempontú mérlegelése és a beteg nyilatkozata dönti el, hogy a rizikófaktorok ellenére is elvégzik-e a beavatkozást. A mérlegelés szempontrendszerét az Eütv. 129. § (2) bekezdés b) pontja adja meg, vagyis a választott beavatkozás kockázatának kisebbnek kell lennie az egyébként választhatókéénál, illetve a kockázatvállalására alapos ok kell legyen (Eütv. 129. § (2) bekezdés b) pont).

Abban egyértelmű volt mind az idegsebész szakértő, mind a **(szakértő intézet neve)** szakvéleménye, hogy a primer műtėti előkészítés során a laboratóriumi vizsgálatok emelkedett fehérvérsejtszámot és magas vércukorértéket rögzítettek, amelyek az egyébként láztalan állapot ellenére is felvethettek egy szubklinikai látens gyulladásos folyamatot. Az I. rendű felperesnél

ismert diabetes kapcsán megtartott belgyógyászati konzílium a beteg magas vércukorértéke miatt gyors hatású inzulin alkalmazását javasolta a - lehetőség szerint - szövődménymentes műtét lebonyolítása érdekében. Ugyan a kórházi dokumentációban az inzulin adását nem tüntették fel, azonban a műtét napján mért vércukorértékek ennek megtörténtére utalnak. A szakértői véleménnyel bizonyított az is, hogy a műtét előkészítési periódusában az alperesi orvosok nem mérlegelték kellően az I. rendű felperesnél fennálló rizikófaktorokat, az egyik alapbetegségéhez társuló tartós szteroidkezelést, valamint a mindezeket súlyosító magas testsúlyt. Ezek a tényezők komolyabb előkészítési folyamatot tettek volna szükségessé a primer porckorongsérv-műtét megfelelő biztonsággal való elvégezhetősége érdekében.

Ha bizonyossággal nem állítható, hogy a kellő időben elvégzett vizsgálatok, kezelések esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, akkor a kártérítési felelősség alapjául csak a gyógyulási esély elvesztése szolgálhat (eBDT 2013.2841., eBDT 2010.2197., eBDT 2010.2274.). A gyógyulásra való esély olyan érték, amely a kezelés alatt álló személyéhez kötődik, vagyis személyhez fűződő védett jog, amelynek az elvesztése vagy csökkenése a kár, azaz a kártérítési felelősség alapja (hasonlóan: Kúria Pfv.III.20.190/2011/3., Pfv.III.21.311/2011/4.). A bírói gyakorlat szerint a gyógyulási esély elvesztésének vizsgálata nem az okozati összefüggés, hanem a felróhatóság körébe tartozik. Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan - a gondos magatartás követelményét sértő - tevékenység vagy mulasztás értékelhető, melynek van oksági kapcsolata az eredménnyel, az egészségkárosodás mértékének csökkenésével vagy elmaradásával. Az egészségügyi szolgáltató akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szakmai szabályoknak megfelelő kezelés és az elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna reális esély az egészségkárosodás teljes vagy részleges elkerülésére. Ez a kimentési lehetőség az orvostudomány sajátosságaiból adódik, a soktényezős befolyásoló körülményekből, melyekhez a beteg egyéni fizikai adottságai, egészségi állapota is hozzátartozik az egyéb, külső hatások mellett. Mindezek az esély realitásának mérlegelésekor nem maradhatnak figyelmen kívül, de szükségképpen befolyásolniuk kell a kezelési mód megválasztását is.

A perbeli esetben az alperes műtéti beavatkozása ugyan megfelelt a szakmai szabályoknak, az elvárhatósági mércének azonban nem, mivel nem mérlegelték megfelelően az I. rendű felperesnél fennálló rizikófaktorokat a primer porckorongsérv-műtétet megelőzően. Evonatkozásban tehát az ítéletábla osztotta a felperesi fellebbezésben foglalt érvelést.

A felperesek további okfejtése szerint az alperesi kártérítési felelősséget a gerinc reoperatív technikailag elégtelen kivitelezése is megalapozza. Az idegsebész szakértő véleménye szerint a II. reoperatio ténye már mindenképpen a septicus folyamat progressziójának lehetőségét jelezte, ezért a műtéti ellátás technikai szempontból elégtelennek tekinthető. Álláspontja az volt, az ilyen elhúzódó septicus gerincfolyamat esetén fel kell merülnie, hogy a műtétet megelőzően magasabb diagnosztikus tevékenységet (kontrasztanyag CT vagy MR vizsgálat) végezzenek, és ennek eredményét figyelembe véve kell dönteni egy kiterjesztettebb, radikálisabb sebészi megoldásról, adott esetben a segmentum decompressiójáról, végső soron gerincstabilizáló műtéti eljárásról, valamint egy szívó-öblítő drain bevezetéséről. Mindez azt jelenti, hogy az alperes orvosai által végzett II. gerinc reoperatio során azon túl, hogy az izomréteget szétválasztották, Radon draint helyeztek be és zárták az izomréteget, nem volt elég radikális a választott sebészi megoldás. A III. gerinc reoperatio során szintén nemcsak stabilizálást, hanem a megfelelő dekompressziót, az epidurális térből a folyadékgyülem eltávolítását, az identikus LIV-V. közötti rés ismételt feltárását, valamint ezen területek bakteriológiai leoltását is el kellett volna végezni, mely biztosíthatta volna a gyulladásos segmentum 3D stabilitását a teljes gyógyulásig. Ez a műtéttechnikai hiba fennállt a IV. gerinc reoperatio során is. Mindig az adott eset határozza meg, hogy egy hosszabb diagnosztikus vizsgálat (kontrasztos CT vagy MR) elvégzése indokolt-e, hiszen ha a betegnél fertőzőes folyamat

lép fel, az konzerválódhat. Az alperes a gerinc reoperatiók során nem a megfelelő módszert választotta, nem volt elég radikális a műtét technikai kivitelezése, ez szakmai hiba, következésképpen kártérítési felelőssége etekintetben megállapítható.

Az ítéletábra ugyanakkor egyetértett az elsőfokú bíróság álláspontjával atekintetben, hogy az alperes - a szakvéleményből megállapíthatóan - már a II. reoperationál (2008.02.13.) tisztában volt azzal, hogy az I. rendű felperesnél alkalmazott antibiotikus kezelés nem megfelelő, a kimutatott Staphylococcus aureus törzs rezisztens az adott Dalacin-C-vel szemben. A célzott, kombinált antibiotikus kezelésre pedig csak lényegesen hosszabb idő után, 2008. júliusában került sor, mely már nem volt képes megállítani az elhúzódó szeptikus folyamatot a bőrseb gyógyulása ellenére sem.

A gerincműtétek során elkövetett fenti alperesi mulasztások, a szakmai szabályok többszörös megszegése együttesen vezettek az I. rendű felperes ezzel összefüggő maradandó egészségkárosodásához, mint végállapot kialakulásához.

Mindezeket figyelembe véve az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll az I. rendű felperesnél végzett gerincműtétekkel okozati összefüggésben a felpereseket ért károkért, etekintetben a felperesi követelések jogalapja közbenső ítélettel (Pp. 213. § (3) bekezdés) megállapítható volt.

II.

Az ítéletábra azonban - szemben a felperesi fellebbezéssel - a combfejelhalás, illetve csípőízületi elváltozás fertőzéses jellege és a gerincműtétek során fennálló infectio között okozati összefüggést nem talált. A szakértői vélemény egyértelmű atekintetben, hogy a jobb csípőízületi elváltozás fertőzéses jellegét sem a röntgenvizsgálati, sem az első csípőműtét lelete nem támasztotta alá. A csípőízületi fertőzéses jelleg kialakulásában is fontos szerepe volt az I. rendű felperes alapbetegségeinek, melyek miatt immunrendszere nyilván gyengébb, védekezése csökkent. Mivel pedig már megelőzőleg is hosszabb időn keresztül antibiotikus kezelésben részesült, ennek hatékonysága is egyre csökkent. A szakértő szerint is mindkét degeneratív csontelváltozásnak köze volt a beteg túlsúlyához, a szteroidkezelésekhez, valamint a súlyos rizikófaktorok meglétéhez. Közrejátszott mindemellet az is, hogy nem a műteti területen, hanem ettől teljesen függetlenül, a fartájékon korábbi injekciók adása következtében ún. injekciós tályog alakult ki a betegnél, amit 2008. december 3-án tártak fel, míg a műteti területet december 14-én nyitották fel. Az antibiotikus kezelést a beteg az injekciós tályog miatt kapta, következésképpen ez a fertőzés is csökkentette immunrendszerének hatékony működését. De a fertőzött területeken kialakult rossz keringési viszonyok is negatívan befolyásolták az antibiotikum hatását. A felperesi állásponttól eltérően a szakvélemény egyértelműen fogalmaz a tekintetben, hogy csontizotóp vizsgálattal az aspticus combfej necrosis, ízületi steril gyulladás és fertőzés nem differenciálható, azaz ezen módszer nem arra szolgál, hogy az egyes kórfolyamatokat egymástól elkülönítse. A csontizotóp vizsgálat tehát nem igazolta volna a gerincfertőzés, a csípőízület és a csontfertőzés közötti okozati összefüggést. A csípőízületi fertőzések bekövetkezésében is döntő szerepe volt az I. rendű felperes alapbetegségeinek, emellett a kialakult sok gócú fertőzésnek, valamint annak, hogy szteroidkezelésben részesült. Az első csípőműtét előtt az I. rendű felperesnél nem állt fenn csontvelőgyulladás. A szakértői vélemény szerint a csípőprotézis műteti sebétől függetlenül, a dokumentációnak megfelelően a korábbi, farizomzatba adott injekció miatt kialakult fartáji fertőzés volt, ami tovább terjedt a későbbiekben a csípőízület irányába. Lényeges még, hogy a 2008. november 21-i műteti leírásban semmiféle jel nem utalt az ízületben vagy az ízületet alkotó csontokon szeptikus folyamatra, vagy csontvelőgyulladásra. Ez tehát kizárja a gerinc- és csípőízületi fertőzés közötti okozati összefüggést.

Helyesen állapította meg az elsőfokú bíróság, hogy a gerinc-, a csípőízületi és csontfertőzés között nincs okozati összefüggés, ezt az idegsebészti szakvélemény sem tartalmazza, ennél fogva az alperes felelőssége ennek kapcsán nem állapítható meg.

Nem volt figyelmen kívül hagyható azonban az a körülmény, hogy a 2009. június 3-i és 9-i laboratóriumi leletek egyértelműen szisztémás gyulladásra utaltak, ami az antibiotikum-kezelés mihamarabbi megkezdését indokolta volna (56. számú szakvélemény 109. oldal). Emellett az is megállapítható, hogy a Dalacin-C empirikus választása nem volt megfelelő (szakvélemény 106. oldal). Ha az alperes időben megkezdte a célzott, helyes, szakmai szabályok szerinti antibiotikum adását, az a csípőprotézis eltávolításának esélyét csökkentette volna. Mivel így bizonyossággal nem állítható, hogy a kellő időben elvégzett vizsgálatok, kezelések esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, a kártérítési felelősség alapjául csak a gyógyulási esély elvesztése szolgálhat (eBDT2013. 2841., eBDT2010. 2197., eBDT2010. 2274.). Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan - a gondos magatartás követelményét sértő, vagyis felróható - tevékenység vagy mulasztás értékelhető, melynek van oksági kapcsolata az egészségkárosodás mértékének csökkenésével vagy elmaradásával. Az adott felelősségi alakzat elemei a perbeli esetben az érintett időszakban alkalmazott antibiotikum-kezelés tekintetében megvalósultak.

Az alperes felróható magatartása abban állt, hogy a célzott antibiotikum-terápiát azonnal, a laboreredmények megismerésével nem kezdte meg, és a Dalacin-C empirikus választása sem felelt meg a szakmai szabályoknak, mellyel oksági kapcsolatban áll kárként a gyógyulásra való esély - mint az I. rendű felperes személyéhez kötődő érték - elvesztése, csökkenése. A kár tehát ennek kapcsán nem a maradandó egészségkárosodás, mint végállapot.

A kifejtettekre tekintettel az ítéletábra az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét a Pp. 253. § (2) bekezdése alapján a rendelkező részben foglaltak szerint - újrászövegezve - részben megváltoztatta. A felperesek fellebbezése túlnyomó részben alaposnak bizonyult, szemben az alperesi fellebbezéssel, ezért az alperes köteles a Pp. 81. § (1) bekezdése alapján a felperesek másodfokú eljárásban felmerült költségének arányos 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, figyelembe véve a közbenső ítélet elleni fellebbezés meg nem határozható értékét is (4/2009. (XII.14.) PK vélemény II.1. tétele).

Szeged, 2017. május 26.

Dr. Kiss Gabriella s.k.. Bánfalvi-Bottyán Csilla s.k.. Bálint Attila s.k.

a tanács elnöke

előadó bíró

táblabíró