

SZEGEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.I.20.262/2019/4. szám

A Szegedi Ítéltábla a dr. Ábrahám László ügyvéd által képviselt **felperes neve(címe)** szám alatti lakos felperesnek - a dr. Kaszai Balázs ügyvéd által képviselt **alperes neve(címe)** szám alatti székhelyű alperes ellen kártérítés megfizetése iránt indított perében a Szegedi Törvényszék 2019. április 2. napján kelt 1.P.20.376/2018/33. sorszámú ítélete ellen az alperes által 34. sorszám alatt előterjesztett fellebbezés alapján lefolytatott másodfokú eljárásban meghozta a következő

Í T É L E T E T :

Az elsőfokú bíróság ítéletének nem fellebbezett részét nem érinti, megfellebbezett rendelkezéseit **részben megváltoztatja** és az alperest terhelő marasztalás összegét 4 000 000 (négymillió) forintra leszállítja.

Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyja.

Kötelezi az alperest, 15 nap alatt fizessen meg a felperesnek 100 000 (egyszázezer) forint másodfokú eljárási költséget.

A feljegyzett 400 000 (négy százezer) forint fellebbezési eljárási illeték az állam terhén marad.

Az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S

A felperes 2013. május 12-én otthonában elesett, jobb könyöke megsérült. Az alperes traumatológiai ambulanciáján a röntgenfelvétel alapján megállapították, jobb oldali darabos felkar csonttörést szenvedett el. A sérülést 2013. május 14-én lemezzel és drótokkal rögzítették. A műtétet követően észlelték a jobb oldali orsóideg funkciójának kiesését, emiatt konzervatív kezelést kezdtek. A beavatkozást követő három hét elteltével váladékozás lépett fel a műtési sebben, amelyet kötéscserékkel és szájon át szedett antibiotikummal kezeltek, majd gyógykezelését ugyanilyen módon folytatták 2013. június 4-21. napja között kórházi fekvőbeteg-ellátás keretében. A műtét szövödményeként a felperesnél a szepszis mellett orsóideg-bénulás és defekt álizület alakult ki. A felperes 2013. október 24-én más gyógyintézetet keresett fel, ahol állapotát csontgennyesedésnek és kialakult álizületnek véleményezték, majd többszöri műtét eredményeként a 2017. október 12-én végzett kontrollvizsgálat során teljes könyök- és vállfunkciót találtak, ujjait aktívan tudta nyújtani, a csukló aktív nyújtása azonban nem volt kivihető. A felperesnél a jobb felkarcsont többszörös műtét utáni állapota, a jobb könyök teljes nyújtásának képtelensége, a jobb csukló feszítésének, hajlításának közepes fokú elmaradása alakult ki. A jobb felső végtag állapotából adódóan mintegy 20 %-os össz-szervezeti egészségkárosodást szenvedett el.

A felperest kialakult állapota akadályozza a mindennapi házkörüli, háztartási teendők ellátásában, a gépjárművezetésben és a számítógép-kezelésben. Jelenleg is fájdalmai vannak, sérült végtagját rendszeresen gyógytornáztatnia kell.

A felperes keresetében annak megállapítását kérte, hogy az alperes megsértette a testi épséghez, egészséghez fűződő személyiségi jogát és a teljeskörű tájékoztatáshoz fűződő alapvető jogát, ezért 5 000 000 forint nemvagyoni kártérítés és járulécai megfizetésére kérte őt kötelezni. Állította, a 2013. május 14-én elvégzett műtéti beavatkozás során az alperes megsértette a foglalkozási szabályokat, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (Eütv.) rögzített elvárható gondosság elvét, ennek eredményeként a műtéti heg elfertőződött, a nem gyógyuló törés miatt több alkalommal kellett a jobb karját operálni, s a négy éven át tartó, sorozatos kórházi gyógykezelés, műtét ellenére karja a mai napig fájdalmas, korlátozottan használható. Kifogásolta, hogy a műtét lehetséges szövődményeiről az alperes nem tájékoztatta őt megfelelően.

Az alperes érdemi ellenkérelme a kereset elutasítására irányult. Hangsúlyozta, a felperes kézsérülésének legfőbb oka az elesés által okozott károsodásban állt. Ennek kezelése érdekében minden szükséges intézkedést megtett a szakmai protokollnak megfelelően, az elvárhatóság követelményét teljesítve. Állította, az ilyen súlyos sérülések kezelése során előforduló szövődményekről, az álizület kialakulásának lehetőségéről tájékoztatta a felperest.

Az elsőfokú bíróság ítéletével megállapította, az alperes a felperesen 2013. május 14-én elvégzett műtéti beavatkozás során nem a szakma szabályai szerint és nem az elvárható gondossággal járt el, ezzel megsértette a testi épséghez és egészséghez fűződő személyiségi jogát. Kötelezte ezért 5 000 000 forint megfizetésére, ezt meghaladóan a keresetet elutasította. Határozatának indokolása szerint a perben kirendelt igazságügyi szakértő véleményét aggálytalannak minősítette, s ítélezése alapjául elfogadta. A szakvéleményre utalva megállapította, az esetleges műtéti szövődmények bekövetkezése tekintetében az alperes nem tett eleget tájékoztatási kötelezettségének, ugyanis az álizület nem tekinthető technikai szövődménynek. Ezen túl dokumentációs kötelezettségét is megszegte, mivel a beleegyező nyilatkozat alapján nem volt egyértelműen megállapítható az általa nyújtott tájékoztatás tartalma.

A szakértői vélemény alapján arra a következtetésre jutott, a felperesen 2013. május 14-én elvégzett műtét nem felelt meg a szakmai szabályoknak és az elvárható gondosság követelményének, ugyanis az alperes által alkalmazott műtéti megoldás korszerűtlennek tekinthető, amely mellett az álizület bekövetkezésének kockázata rendkívül magas. Kiemelte, a komplikációmentes felkarcsonttörések esetén nem indokolt a dróthurkos rögzítés, annak alkalmazása nem biztosított kielégítő stabilitást a felperesnél, és szorító hatása miatt a csontok keringése is akadályozott volt. Megállapította, a felperes kezelése során bekövetkezett szövődményeket az alperes orvosai felismerték, azonban azok súlyát nem kellően értékelték és az elhárításukhoz szükséges műtéti beavatkozásokat sem végezték el. Rámutatott, célszerű lett volna a törésgyógyulás folyamatának követése, és amennyiben a behelyezett rögzítőeszköz kilazul és a törés gyógyulásához elegendő stabilitást már nem nyújt, a kiegészítő rögzítés alkalmazása, vagy a törésgyógyítás más módszerrel történő folytatása lett volna indokolt. Hangsúlyozta, a szövődmények ellátásának késedelme vezetett ahhoz, hogy a felperesen további, sorozatos műtéteket kellett elvégezni, és gyógyulása csaknem négy évig tartott. A szakvélemény alapján ugyancsak bizonyítottnak találta, hogy a műtét majd az azt követő gyógykezelés során az alperes által elkövetett szakmai hibák eredményeként a felperes a jobb karját korlátozottan tudja használni, a bekövetkezett maradandó egészségkárosodás gátolja a mindennapi tevékenységében, jobbkezes lévén nehézséget okoz neki az írás, a számítógép használata, a gépjárművezetés és a háztartási munkák elvégzése. A nemvagyoni kártérítés összegének a

megállapítása során figyelemmel volt arra, hogy a szakmai szabályoknak, gondosságnak megfelelő kezelés esetén a felperesnek esélye lett volna a bekövetkezett törés maradandó következmények nélküli gyógyulására. Értékelte továbbá, hogy a felperes csonttörésének gyógyulási ideje az átlagos mértéket meghaladta, további műtétek elvégzésére szorult, és a bekövetkezett szövődmény miatt 20 %-os egészségkárosodása alakult ki, ami a mindennapi életvitelében nehézségeket okoz a számára.

Az ítélet ellen az alperes terjesztett elő fellebbezést, elsősorban annak részbeni megváltoztatása és a kereset teljes elutasítása, másodsorban a nemvagyoni kártérítés 2 500 000 forintba való leszállítása érdekében. Változatlanul vitatta a kereset jogalapját. Állította, bármilyen kezelés, akár konzervatív, akár műtéti, magában hordozza az álizület kialakulásának veszélyét és kockázatát. Álláspontja szerint a rendelkezésére álló és igénybe vehető módszerek közül az Eütv. vonatkozó rendelkezése alapján jogosult volt dönteni, milyen megoldást választ. Kiemelte, a választott műtéti mód alkalmazási lehetőségét a szakvélemény sem zárta ki. Utalt arra, a felperesnél a más kórházban alkalmazott, modernebbnek vélhető szögletstabil lemez sem tudta biztosítani a megfelelő stabilitást. Hangsúlyozta, a gyenge, kóros posztoperatív gyógyulási hajlam, és a korai posztoperatív szövődmény összefüggésben áll a beteg legyengült immunrendszerével is, a felperes esetében a diabétesz betegségével. Érvelése szerint a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása tekintetében felelősségét kizárja, hogy a felperes - a 2018. április 12-én megtartott tárgyaláson tett nyilatkozata szerint - akkor is beleegyezett volna a műtét elvégzésébe, ha tisztában van az álizület kialakulásának lehetőségével.

A felperes fellebbezési ellenkérelme az elsőfokú bíróság ítéletének helyes indokai alapján való helybenhagyására irányult.

A fellebbezés kisebb **részben alapos.**

Ahogy az elsőfokú ítélet is helytállóan állapította meg, a felperes és az alperesi gyógyintézet között atipikus - ún. kezelési - szerződés jött létre, amely alapján az alperes vállalta a felperes ellátását, gyógykezelését az ehhez szükséges vizsgálatok elvégzésével együtt az Eütv. rendelkezéseinek, köztük a 77. § (3) bekezdésének megfelelően. Ennek alapján az alperest az a kötelezettség terhelte, hogy a néhai egészségügyi ellátása során az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával járjon el. Ugyancsak helyesen utalt rá az elsőfokú bíróság, hogy erre az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyra tekintettel az alperes kártérítési felelősségére a jelen ügyben alkalmazandó Polgári Törvénykönyvről szól 1959. évi IV. törvény (Ptk.) 318. § (1) bekezdése alapján alkalmazandó 339. § (1) bekezdése, 348. § (1) bekezdése, valamint az Eütv. kezelési-ellátási tevékenységet meghatározó szabályai az irányadók azzal, hogy a jogviszony kontraktuális jellegére figyelemmel a felelősséget megalapozó jogellenes magatartást a szerződés megszegése, vagyis a szerződésből fakadó kötelezettségek bármelyikének nem, vagy nem megfelelő teljesítése, illetve elmulasztása jelentheti. A bírói gyakorlat az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban hátrányt szenvedő betegek vagy túlélő hozzátartozóik igényérvényesítési lehetőségének megkönnyítése érdekében általában vélelmezi, hogy a betegnél az egészségügyi ellátásával összefüggésben kialakult szövődmény, maradandó egészségkárosodás valamely ellátási, kezelési hiba következménye (eBDT2013. 2874, eBDT2013. 1841). Ezért a károsultnak általában elegendő azt bizonyítania, hogy a hátrányos szövődmény kialakulása a gyógyintézet által nyújtott ellátással illetve kezeléssel összefüggésben következett be, míg a gyógyintézet kimentheti magát a felelősség alól annak bizonyításával, hogy a szerződés tárgyát képező gyógyító megelőző tevékenység során az általában elvárható gondossággal, az írott és íratlan szakmai követelményeknek, szakmai szabályoknak megfelelően járt

el, és a hátrányos szövédmény ennek ellenére következett be, vagy ettől függetlenül is ugyanúgy bekövetkezett volna.

Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy az alperes a felperes kezelése során az Eütv.-ben írtaknak megfelelően járt-e el, szakkérdés, amelyre figyelemmel az elsőfokú bíróság bizonyítás keretében igazságügyi orvosszakértői véleményt szerzett be, majd ezt az egységes bírói gyakorlatnak megfelelően mérlegelési jogkörében értékelte (hasonlóan: KGD 2012.19.), vizsgálva annak meggyőző erejét és megalapozottságát (hasonlóan: BH 1980.138.).

Ennek tükrében kellett vizsgálni, hogy az alperesi oldalon volt-e felróható kötelezettségszegés, és ha igen, megállapítható-e az okozati összefüggés közte és a felperes egészségkárosodása között.

Arra helytállóan hivatkozott az alperes, az Eütv. 129. § (1) bekezdése szerint a kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek (119. § (3) bekezdés b) pont) közül - a hatályos jogszabályok keretei között - szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást. A szakmai módszerek, eljárások választásának szabadsága azonban nem korlátlan. Annak kereteit - többek között - a szakmai szabályok, protokollok, irányelvek, módszertani levelek, szakmai gyakorlat szabják meg. Kétségtelen, hogy a hivatalos ajánlások nem köbevésettek, indokolt esetben azoktól még abszolút indikáció mellett is el lehet térni.

Jelen esetben az elsőfokú eljárás során beszerzett, az ítélezés alapjául elfogadott szakértői vélemény és annak kiegészítése a felperes által elszenvedett sérülés jellegéhez mérten részletesen leírja az alkalmazandó megoldási lehetőségeket. Eszerint a felkarcsont friss töréseit mind műtéttel, mind pedig konzervatív módon lehet kezelni (14. sz. szakvélemény 23. oldal). Ez a szakértői megállapítás cáfolja a kezelőorvos tanúvallomását, amely szerint konzervatív kezelés a felperes esetében egyáltalán nem jöhetett szóba, az alkalmazott műtéti eljáráshoz képest semmilyen más módon nem lehetett volna kezelni a felperes sérülését (8. sz. tárgyalási jegyzőkönyv). A szakértő ezzel szemben egyértelműsítette, a felkarcsont szövédménymentes zárt törései a relatív műtéti indikációs körbe tartoznak, ami azt jelenti, műtét akkor javasolható, ha az általa remélhető haszon meghaladja a műtéti kockázatot. Ellenkező esetben ajánlott a konzervatív kezelés. A kockázat-haszon arányt minden betegnél egyénileg szükséges vizsgálni, mind a műtéti, mind a konzervatív kezelésre vonatkozóan. Kockázat lehet a rögzítés elégtelenné válása, a fertőzés, a csontgyógyulás elmaradása (álízület). A felperes esetében a törés szövédményéről, vagy a fertőzés veszélyéről nem volt adat, így a kezelés megválasztását alapvetően a törés anatómiai jellege határozta meg, vagyis a kiterjedt romzóna. A romzóna azt jelenti, hogy a könyök felőli tört darab jól meghatározható, közel harántirányú törési felszínétől indulóan a vállízület felé haladva számos tört darab ismerhető fel, a törésvonalak követhetők, az elmozdulással járó törés jól látszik. Ha ilyen esetben belső rögzítést alkalmaznak, a rögzítő eszköznek át kell hidalnia a felkarcsont fejétől indulóan a törésekkel gyengített szakaszt úgy, hogy a rögzítő eszköz mind a felkarcsont fejében, mind a könyök felőli tört darabban stabilan tartson. Ez elvégezhető mind lemezzel, mind velőűrszeggel azzal a megkötéssel, hogy mindkettőnek speciális kialakításúnak kell lennie azért, hogy a csont egészéhez képest rövid szakaszon, a felkarcsont fejében is kellő stabilitással rögzíthetők legyenek. A szakértő kitért arra, ezek az eszközök ma Magyarországon elérhetők, és mivel a műtét nem sürgős, azok bármely kórház által beszerezhetők, vagy a beteg olyan intézménybe irányítható, ahol azok rendelkezésre állnak. Hozzávetőlegesen három héten belül a műtéti rögzítés esélyei ugyanolyan jók, mint az azonnali műtét esetén. Ha a műtét egészségügyi oknál fogva nem javasolható, vagy a beteg azt nem kívánja, a törés konzervatív kezelése folytatható.

A szakértő hangsúlyozta, a felperes esetében a választott műtéti töréskezelés során a remélt előnyök nem teljesültek, aminek fő oka, hogy a rögzítő lemezzel a felkarcsont törésének romzónáját nem sikerült áthidalni. Ezért vált szükségessé, hogy a lemez alatt a tört darabokat három, a modern töréskezelésben elavultnak tartható, körkörös alkalmazott megfeszítő dróthurokkal tartsák össze, vélhetően a műtét során már észlelt instabilitás ellensúlyozására. Akár a megfelelő lemez vagy szeg hiánya, akár a röntgenkép nem megfelelő értékelése az ok, az eredmény mindenképp az, hogy a romzónába helyezett csavarok és az ott alkalmazott drótrögzítések kellő stabilitást nyújtani nem tudtak, így a lemez a csonttól elemelkedett, jelezve, hogy a tört darabok között a mozgás a megengedhetőnél jelentősen nagyobb. A mozgással együttjáró savgyülem a törés környezetében jó táptalajt biztosított a baktériumok szaporodásához és a bekövetkezett fertőzés a lemez vállízülethez közelebbi végén korán megjelent. A szakértői vélemény kiegészítése egyértelműsítette, az az alperesi kitétel, hogy bármely kezelési mód mellett kialakulhat álízület a felkarcsonttörés után, nem abszolutizálható (30. számú szakvélemény 2. oldal). Az álízület felléptének gyakorisága ugyanis az egyes kezelési módok kapcsán nem azonos, az álízület nem a műtét során következik be, hanem hosszabb folyamat eredménye, ezért nem tekinthető technikai szövődménynek. A szakértő kiemelte azt is, a traumatológiai irodalomban nem ajánlott, soha nem látott műtéti megoldást alkalmazott az alperes, annak hangsúlyozása pedig, hogy a sérült gyógyítása minden kezelési lehetőséget mérlegelve történt, szakmai szempontból kétséges. Tévesnek tartotta azt a megállapítást is, hogy csak a lemezes rögzítéstől volt várható pozitív eredmény a törés gyógyításában. Az alperes nem adta indokát annak, hogy az egyéb kezelési lehetőségeket - különösen a velőűrszegezés és a nem műtéti kezelés - miért vetették el, és miért vártak pozitív eredményt csak a lemezes rögzítéstől. Kétséges az az érvelés is, milyen módszerrel állapították meg a törési zóna és a fej teljes hosszát. Nélkülözi a megalapozottságot az az alperesi állítás, hogy az akár már a törés után két héttel végzett csontegyesítő műtét igen komplikált és kockázatos lett volna. Ez ellentmond a napi orvosi gyakorlatnak éppen a hasonló törések ellátását tekintve.

A szakértő konzekvens véleménye szerint az alperes által választott műtéti megoldásra nem állt fenn indok, a dróthuroknak csupán a hátránya érvényesült a felperes esetében (30. sz. vélemény 4-5. oldal). Kiemelte, az alkalmazott műtéti eljárás mellett az álízület bekövetkezésének kockázata mintegy 70-90%-os gyakoriság közé tehető (7. oldal), mivel a dróthurok felhelyezéséhez szükséges nagy műtéti feltárás, az általa biztosított nem kielégítő stabilitás és szorító hatás miatt a csont keringésének akadályozása lép fel.

A felperes műtét utáni kezelésével összefüggésben lényeges adat, hogy a műtét után két héttel a szövetek között, a műtéti területben összegyűlt vér (vérömleny) feszítő hatása miatt sebszétválás következett be, a felperes ezt észlelte vérzés formájában. A további sebszétválás azt eredményezte, hogy másnap a nyílásban véralvadék is láthatóvá vált. Az alperes azonban e tünetek ismeretében sem a megfelelő kezelési módot alkalmazta. A szakértő rámutatott, a 2013. július 22-én történt röntgenvizsgálat szerint a változatlan állapot rögzítése csak látszólagos (30. sz. szakvélemény 6. oldal). A kép alapján kitűnik, hogy a fej felől számolt harmadik rögzítő csavar kilazult és a lemez fej felőli vége környezetében felhőszerű meszesedés jelent meg. Ezek a jelek a traumatológus számára még akkor is a rögzítés instabilitását jelzik, ha a radiológus azokat nem írja le. A felismert és dokumentált műtét utáni vérömleny sebészi kiürítése és a keletkezett üreg (műtéti terület) ismételt szívó kezelése azonban az alperes részéről nem történt meg, ami azért aggályos, mert a kezelőorvosok nem lehettek bizonyosak abban, hogy az alvadékos vérömleny teljes egészében kiürült. A véralvadékban vérkeringés nincs, így abban akár a szájon át, akár a véráramba közvetlenül adott antibiotikum hatásos koncentrációban nem tud megjelenni, ezért ott a baktériumok szaporodásához ideális körülmény áll fenn. Miután a sebváladékból két alkalommal is ugyanazon baktérium tenyésztett ki, az instabil rögzítéssel kapcsolatos alperesi várakozó álláspont nem állja meg a helyét. Ha ugyanis a fertőzést három héten belül megszüntetni nem sikerül, és a

nyilvánvalóan fertőzött műtéti területben stabilitást nem nyújtó törésrögzítő eszközök vannak, azokat el kell távolítani és más eszközzel szükséges biztosítani, mivel instabil rögzítés (mozgó tört darabok) mellett a fertőzött környezetben nem remélhető a csont gyógyulása.

Mindezek miatt az alperes legalább három konkrét alkalommal okkal dönthetett volna az ismételt műtéti beavatkozás mellett. Először akkor, amikor a műtéti terület vérgyüleme sebszétválást okozott, másodszor akkor, amikor a baktérium-tenyésztés pozitív eredményéről értesült, végül pedig, amikor az instabilitást már a röntgenjelek is igazolták.

Súlytalan volt az alperesi hivatkozás a felperes diabéteszére nézve is. A szakértő e körben kifejtette, a cukorbetegség kétségkívül kockázatonövelő tényező a műtéti beavatkozások szövődményei, különösen a fertőzéses eredetű szövődmények tekintetében. A felperesnél azonban már az első jelentkezése során (2013. május 12. felvétel, ambuláns kezelőlap) végzett laboratóriumi vizsgálat cukorbetegsége utaló, a normálshoz képest emelkedett vércukor értéket mutatott. Egyetlen mérés ugyan nem bizonyítja a cukorbetegség fennálltát, ám figyelemfelhívó lehetett volna a műtéti kockázat megítélése tekintetében a kezelési terv felállításakor, illetve iniciálhatta volna a pontos diagnózis felállítására tett erőfeszítéseket. A rendelkezésre álló dokumentációból azonban nem tűnik ki, hogy ezeket a lépéseket az alperes megtette-e.

Mindezekből egyértelműen levonható az a következtetés, az alperes az első csontegyesítő műtetet nem a szakma szabályai szerint végezte el, eljárása az elvárható gondosság követelményének nem felelt meg, az általa alkalmazott kezelési mód az álizület kialakulásának igen magas kockázatát hordozta. A felperes kezelése során orvosai a bekövetkezett szövődményeket ugyan felismerték, azonban azok súlyát nem kellően értékelték, és az elhárításukhoz szükséges műtéti beavatkozásokat nem végezték el. A felperes esetében a jelenleg is fennálló panaszait okozó álizület kialakulása elsősorban az instabil rögzítésre vezethető vissza, ami - az alperes álláspontjával szemben - nem technikai hiba, hanem az elégtelen tervezés és a rossz kivitelezés következménye (szakvélemény kiegészítése 8. oldal).

Az alperes az elsőfokú eljárásban az általa alkalmazott műtéti megoldás indokoltságára, a szakmai szabályok betartására és a felperes diabétesz betegségére alapította a védekezését. Felsorolt indokaira és kifogásaira a szakértő kiegészítő szakvéleményében részletesen reflektált, azokat megcáfolta. Ehhez képest az alperes fellebbezésében olyan új érveket nem hozott fel, amelyek érdemben aggályossá tették volna a szakértő megállapításait.

Az alperesi felelősség szempontjából a tájékoztatási kötelezettség teljesítésének jelen ügyben nem volt érdemi jelentősége. A beteg tájékoztatásának elmulasztása vagy elégtelensége ugyanis önmagában nem alapozza meg az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét, csak akkor, ha a kedvezőtlen, súlyos szövődmény a hibátlanul elvégzett kezelés, beavatkozás ellenére alakul ki, és megállapítható, hogy a szövődmény kockázatának ismeretében a beteg a műtéti beavatkozáshoz nem járult volna hozzá. A perbeli esetben azonban nem a hibátlan orvosi beavatkozás kockázati körébe tartozó szövődmény eredménye a felperesnél kialakult maradandó egészségkárosodás, hanem annak a következménye, hogy az alperes - a fent részletezettek szerint - a felperes csonttörésének kezelése során nem az elvárható gondosság követelményének megfelelően járt el, a szakmai szabályokat többszörösen megszegte.

Mindezekre figyelemmel helytállóan jutott az elsőfokú bíróság arra a következtetésre, hogy az alperes a felperes gyógykezelése során megsértette a felperes testi épséghez, egészséghez fűződő személyiségi jogát.

A felperest megillető nemvagyoni kártérítés mértékének (1959-es Ptk. 355. § (1), (3) és (4) bekezdések) meghatározása során abból kell kiindulni, hogy a nemvagyoni kártérítésnek az adott személy életminőségében bekövetkezett hátrányos változás kompenzálására kell alkalmasnak lennie, legfőbb funkciója az elveszett életlehetőségeket helyettesítő, az elszenvedett fizikai és lelki terheket kiegyensúlyozó - azok helyett másnemű - előny nyújtása. Mértékének ahhoz kell igazodnia, hogy a személyiségét ért sérelem milyen mérvű kedvezőtlen irányú változást idézett elő életminőségében, mennyiben hatott ki életkörülményeire, személyes kapcsolataira. Éppen ezért értékeli az ítélkezési gyakorlat a nemvagyoni kárpótlás mértékének meghatározásánál a károsult személyi körülményeit, életkorát, a társadalomban elfoglalt helyzetét, a káreseménnyel összefüggő jövőbeli helyzetét, a jogsértés súlyát és a következmények súlyosságát, időtartamát. A döntés során azonban nem hagyható figyelmen kívül a hasonló következményekkel járó, korabeli káreseményekkel kapcsolatos bírói gyakorlat sem (eBDT 2010.2296. számú döntés). Az igényt érvényesítő jogosultat ért hátrányokat tehát a jelen ügyben alkalmazandó polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (Pp.) 163. § (3) bekezdése alapján egyes köztudomású, és a perben bizonyított tények figyelembevételével gondosan mérlegelni kell, és a hátrányok összevetése útján, a kialakult bírói gyakorlatot is szem előtt tartva kell meghatározni a kárpótlást olyan összegben, amely alkalmas az így felmért immateriális hátrányok hozzávetőleges kompenzálására. A nemvagyoni kártérítés összegének meghatározása ekként sosem egzakt módon, hanem mindig bírói mérlegeléssel, a károsult körülményeinek hátrányos változására figyelemmel történik.

Az ítélet tábla egyetértett az elsőfokú bíróság által etekintetben alkalmazott mérlegelési szempontokkal, azt megismételni nem kívánja. Az alperes fellebbezési kérelmében nem jelölte meg, milyen indokok alapján kéri az elsőfokú bíróság által megítélt nemvagyoni kártérítés összegének a mérséklését, ugyanakkor azt az ítélet tábla is eltúlzottnak találta. A kialakult bírói gyakorlatot és a felperes 20%-os össz-szervezeti egészségkárosodását figyelembe véve, tekintettel továbbá a maradványállapotára, az évekig elhúzódó gyógyulási folyamat hatásaira (tortúra, fájdalom, újabb műtétek), arra, hogy az alperes által sem vitatottan mindennapi tevékenységében, így az autóvezetésben, a számítógép-kezelésben korlátozott, egyes háztartási munkákra alkalmatlan, az ítélet tábla 4 000 000 forintot talált arányosnak az elszenvedett nemvagyoni hátrányok kompenzálására.

A kifejtettekre tekintettel az ítélet tábla az elsőfokú bíróság ítéletét a Pp. 253. § (2) bekezdése alapján részben megváltoztatva az alperes által fizetendő nemvagyoni kártérítés összegét leszállította. A felperes keresete nem volt eltúlzott, ezért a Pp. 81. § (2) bekezdésében foglaltakra figyelemmel a javára megállapított elsőfokú perköltség leszállítására az ítélet tábla nem látott indokot.

Az alperes fellebbezése csak kisebb részben vezetett eredményre, ezért a másodfokú eljárásban is kimutatható pervesztessége arányában kötelezte őt az ítélet tábla a Pp. 81. § (1) bekezdése alapján a felperes ügyvédi munkadíjból álló másodfokú perköltségének a megfizetésére, amelynek összegét a 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet 3. § (2) bekezdés a) pontja és (5) bekezdései alapján állapította meg.

A feljegyzett fellebbezési eljárási illeték a felperes személyes költségmentessége, valamint az alperes - illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény (Itv.) 5. §-án alapuló - illetékmentessége folytán az állam terhén marad [6/1986. (VI 26.) IM r. 13. § (1) bekezdés, 14. §].

Szeged, 2019. szeptember 17.

Dr. Szeghő Katalin s.k.
a tanács elnöke

Dr. Bánfalvi-Bottyán Csilla s.k.
előadó bíró

Dr. Bálint Attila s.k.
táblabíró