



Pécsi Ítéltábla

Pf.III.20.076/2024/4. szám

A felperes:

felperes1 (cím1)

A felperes képviselője:

Dr. Kende Péter ügyvéd (cím2)

Az alperes:

alperes1 (cím3)

Az alperes képviselője:

Dr. Hadnagy Emese kamarai jogtanácsos

Az alperes érdekében beavatkozott:

Dr. Hadházi Éva ügyvéd (cím4) által képviselt beavatkozó1 (cím5)

A fellebbezési kérelmet előterjesztő fél:

alperes 44. sorszám alatt

A per tárgya:

sérelemdíj és kártérítés megfizetése

Az elsőfokú bíróság:

Pécsi Törvényszék

A fellebbezéssel támadott határozat:

25.P.20.528/2022/42. számú közbenső ítélet

K ö z b e n s ő í t é l e t

A másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét helybenhagyja azzal a pontosítással, hogy az alperes felelőssége a 2019. szeptember 27. napján elvégzett műtétet követően kialakult kompartment szindróma mint lehetséges szövődmény elkerülése és következményeinek elhárítása körében elmulasztott intézkedések okán áll fenn.

A közbenső ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I n d o k o l á s

- [1] Az elsőfokú bíróság által megállapított tényállás szerint az 1991. évben született felperes veleszületett gerincfejlődési rendellenességéből (nyitott gerinc) eredő egészségi problémáival megtanult együtt élni, sportolt, fizikai munkát végzett. Derék- és jobb alsó végtagi fájdalmai 2014. évtől erősödtek, a 2016. évben helység1ben elvégzett műtétet követően átmenetileg

enyhültek, utóbb azonban egyre elviselhetetlenebbé váltak. Édesanyján keresztül vette fel a kapcsolatot az alperes idegsebész szakorvosával, aki megállapította, hogy a felperesnél a gerincvelőn egy annak elmozdulását gátló csonttüske nőtt át, és a felperest tájékoztatta a teljeskörű állapotjavulást kínáló megismételt műtét lehetőségéről. A felperes a műtétet megelőzően beleegyező nyilatkozatot írt alá, melyben részletes tájékoztatás kapott a szövödményként esetlegesen jelentkező alsóvégtagi gyengeségről, érzéskiesésről, vegetatív zavarról, az agyvízszivárgás lehetőségéről, valamint a jelentkező fájdalomról. A tájékoztatás a kompartment szindrómára mint lehetséges szövödményre nem terjedt ki.

- [2] A felperes 2019. szeptember 27. napján 8:00 órakor megkezdett gerincműtétje elhúzódott, a sikeres operációt követően a felperest az intenzív osztály 16:55 órakor vette át megfigyelésre. A műtét során az ilyen esetben szokásos térd-könyök testhelyzetet alkalmazták, a comb-lágyékhajlat, a térdhajlat és a bokaízület szegleteiben a megtört helyeken párnákat nem helyeztek el, mely preventív intézkedések hiányában lehetővé vált ezen területek kompressziója, az artériás keringés átmeneti romlása, esetleges leállása. A végtagok kinyújtásával az addig gyengén vagy nem átáramoltatott izmok ismét vérhez jutottak, a lokális vérbőség azokon a területeken, ahol az izom kemény kötőszövetes hártáival van körülvéve, nyomást idézett elő, izomduzzanatot okozott, ami viszont az adott terület vérellátását gátolta (kompartment szindróma). A kompartment szindróma kezeletlen esetben súlyos, az életet akár közvetlenül veszélyeztető kórállapot, mivel néhány órán belül végleges izom- és környező lágyrészkárosodás, elhalás következhet be.
- [3] A felperes lába az esti órákban zsibbadni kezdett, nála peroneus (külső lábszárizom) érzésvizsgálat, illetve gyengült lábfejizomerőt észleltek, a vizsgálatot végző idegsebész a tünetek alapján további teendőt nem tartott szükségesnek. A felperest legközelebb a reggeli órákban vizsgálta meg szakorvos. Lábszárai a hajnali órákban feszessé váltak, kiemelten a jobb lábszáron erős fájdalmat jelzett. A 9:17 órakor elvégzett ultrahangvizsgálat alapján a mélyvénás trombózist kizárták, a tünetek további fennállása miatt felmerült a jobb oldali alsólábszár kompartment szindróma, ezért 9:25 órakor traumatológiai konzíliumot kértek, a traumatológus a műtét mellett döntött. A 11:58 órakor elvégzett műtét során fasciotomia (izompólyametszés) és részleges necrectomia (az elhalt szövet eltávolítása) történt. A kompartment szindróma műtéti oldását követően több alkalommal történt szintén műtőben elvégzett vákuumkötés csere, melyek során az alperes orvosai észlelték, hogy a mély soleus (lábszári hajlítói izom) nagyrésze, valamint a mély dorsalis (hát irányában fekvő) izomrekesz teljes izomzata elhalt. Az elhalt részeket eltávolították, a sebet a combról vett félvastag bőrrel fedték.
- [4] Hosszas rehabilitáció ellenére a felperesnél a jobb alsó végtag csökkent és kóros alapú terhelhetősége jött létre, a jobb bokaízület súlyos kifelé dőlésével, a felső és az alsó ugróízület fájdalmas túlfeszítettségével, a jobb bokaízület minden irányú, de főleg hajlítási irányú mozgáskorlátozottságával, súlyos fokú járási, lépcsőzési nehezítettséggel, a futásra való teljes képtelenséggel. Bár fájdalmai a sikeres gerincműtétet követően megszűntek volna, a műtéti szövödmény miatt panaszai állandósultak, a kialakult kórállapot anatómiailag, funkcionálisan és esztétikailag is súlyos és végleges károsodást jelent. Két alkalommal ortopédiai rekonstrukciós műtéten esett át, munkáját ellátni nem tudja.
- [5] Mivel az átlagosat meghaladó testsúlyú felperes a gerincműtét során legalább nyolc órán keresztül térd-könyök testhelyzetben volt, a helyzet és időtartam alapján várhatóan, feltételezhetően és ki nem zárható módon gondolni kellett volna a kompartment szindróma kialakulásának fenyegető, reális lehetőségére, ezért szoros orvosi (és nem nővéri) megfigyelést kellett volna alkalmazni. A szubjektív panaszok során figyelemmel kellett volna lenni arra, hogy a felperes a műtéti kábítástól, fizikai kifáradástól és a fájdalomcsillapítástól nem képes a körjelző testi fájdalmainak megfelelő észlelésére és értékelésére, ezért szükséges

lett volna a belső szöveti víznyomás és oxigéntelítettség mérésének műszeres biztosítása is. A felperesnél az esti órákban a lábzsibbadás, peroneus érzészavar, gyengült lábfejjizomerő révén tünetileg alarmírozóan a kompartment szindróma jelentkezett, aminek oldása traumatológiai konzílium döntése alapján műtéttel történhetett. A műtétnek a tünetek jelentkezéséhez legközelebbi időpontban való elvégzése esetén elkerülhető vagy nagy mértékben csökkenthető lett volna a súlyos lágyrészelhalásos állapot kialakulása.

- [6] A felperes megváltoztatott keresetében 25.000.000 forint sérelemdíj és járulékai, 16.293.197 forint kártérítés és járulékai, valamint 2022. december 15. napjától véghatáridő nélkül 512.867 forint jövedelempótló járadék megfizetésére kérte kötelezni az alperest.
- [7] Az alperes érdemi ellenkérelmében a kereset elutasítását kérte. Arra hivatkozott, hogy a diagnózis felállításában késedelem nem történt, a lehető legrövidebb időn belül intézkedett a kialakult szövődmény következményeinek műtéti elhárításáról. Álláspontja szerint a gerincműtét éjszakáján jelentkező tüneteket nem kellett az igen ritkán előforduló kompartment szindróma alarmírozó tüneteként értékelni, mert azok megfeleltek az elvégzett idegsebészeti műtét utáni, a műtéttel természetesen velejáró tüneteknek. A beavatkozó az alpereshez csatlakozva ugyancsak a kereset elutasítását kérte.
- [8] Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletében megállapította, hogy az alperes felelőssége fennáll a felperes 2019. szeptember 27. napján elvégzett műtétjét követően kialakult kompartment szindróma, mint lehetséges szövődmény elkerülése körében elmulasztott intézkedések okán az azokkal okozati összefüggésben a felperesnél kialakult károkért és személyiségi jogsértésért.
- [9] Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletének indokolásában felhívta az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 244.§ (1) és (2) bekezdését, 77.§ (3) bekezdését, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 6:519.§-át, az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény (Szaktv.) 1.§ a) és b) pontját, a 2.§ 14. pontját, 3.§ (1) bekezdését, (4) bekezdés b) pontját, a Pp. 304.§ (1) bekezdését, (2) bekezdés a), c) és d) pontját, 316.§ (1) bekezdése a)–d) pontját, (2) bekezdés a)–c) pontját.
- [10] Rögzítette, hogy a szakértő magánszakértői véleményének benyújtására vonatkozó felperesi indítványnak (ami annak alátámasztására irányult, hogy az alperes az ellátás során nem az elvárható gondossággal, valamint a szakmai szabályoknak megfelelően járt el, és emiatt a kompartment szindróma szövődmény felismerése késedelmesen történt meg) helyt adott, a magánszakvélemény az alperes indítványa, illetve a szakkonzulens ideggyógyász-idegsebész szakkonzultánshoz feltett kérdések alapján több alkalommal kiegészítésre került.
- [11] Az alperes álláspontjával ellentétben a magánszakértői véleményt nem találta aggályosnak. A szakértő kompetenciáját illetően kiemelte, hogy szakértő a szakértői névjegyzékben igazságügyi orvostanszakértőként szerepel, szakvéleményt e kompetencia alapján adott olyan módon, hogy következtetései részben szakkonzulens idegsebész szakorvos szakkonzultáns megállapításain alapultak. Annak hangsúlyozása mellett, hogy a szakvélemény előterjesztésére az igazságügyi szakértő jogosult, a szakkonzultáns abban csupán közreműködő, nem értett egyet azzal az alperesi értékeléssel, hogy a szakkonzultáns és az igazságügyi szakértő válaszai egymásnak ellentmondóak.
- [12] Rámutatott, hogy a szakkonzultáns is kiemelte a fektetés gondosságának jelentőségét, a prevenciós intézkedések, így a párnák elhelyezésének szükségességét, szakmai szabályszerűségeket a műtétet követő reggelen észlelt tünetek diagnosztizálása és az azt követő ellátás során nem tudott igazolni. A szakkonzultáns és az igazságügyi szakértő közötti ellentmondás azért sem állhat fenn az elsőfokú bíróság szerint, mert a szakkonzultáns a véleményadáskor a prevenciós intézkedésekről tényadattal nem rendelkezett, és idegsebészként a kockázati tényezők miatt elvárható szakorvosi monitorozásról sem nyilatkozott.

- [13] Az elsőfokú bíróság a magánszakértői vélemény alapján annak a ténynek tulajdonított elsődleges jelentőséget, hogy az átlagot meghaladó testsúllyal rendelkező felperes hosszan tartó térd-könyök testhelyzetében a nagyobb nyomásnak kitett comb-lágyékhajlat, térdhajlat és a bokaízület területének kompressziója az artériás keringés átmeneti romlását, esetleges leállását okozta, aminek megelőzése érdekében fokozott gondot kellett volna fordítani a nyomás párnázással történő csökkentésére. A műteti leírás azonban nem tartalmazta, hogy az érintett helyeken párnákat helyeztek el, mely dokumentációs hiányosság okán az Eütv. 136.§-a alapján az alperes elzárta magát attól, hogy ennek tényét bizonyítsa. Az elsőfokú bíróság álláspontja szerint a meghallgatott szakkonzulens1 idegsebész szakorvos tanúvallomása e körben ellentétes volt tanú1 és tanú2 tanúk vallomásával, a párnaprevenció megtörténtének megállapítására nem volt alkalmas.
- [14] A műtét tervezettnél hosszabb időtartamából, a prevenció hiányából és a felperes testalkatából mint hajlamosító körülményből adódó kockázatokra figyelemmel okszerűen megindokoltnak találta azt a szakértői következtetést, hogy gondolni kellett volna a kompartment szindróma kialakulásának fenyegető, reális lehetőségére, ezért szoros orvosi megfigyelést kellett volna alkalmazni, az esti órákban jelentkező, tünetileg alarmírozó lábzsibbadás, peroneus érzésszavar, gyengült lábfejizomerő okán traumatológiai konzíliumot kellett volna összehívni; végsősoron diagnosztikus tévedésben volt az ügyeletes idegsebész, amikor teendőt nem tartott szükségesnek. Az elsőfokú bíróság ennek okán arra következtetett, hogy a nem megfelelő, a fokozott szakorvosi figyelmet nélkülöző ellátás miatt következett be a felperesnél a súlyos lágyrészselhalásos állapot, aminek következményeként fennáll az egészségi maradványállapota és a munkavégzésre való alkalmatlansága.
- [15] A magánszakértői vélemény alapján az elsőfokú bíróság úgy ítélte meg, hogy az alperest nem mentesíti a felelősség alól az a körülmény, hogy a felperes éjszaka jelentkező tünetei nem mutattak jelentős eltérést a végrehajtott műtétet követően általában jelentkező tünetektől és állapottól, mert a fennálló kockázati tényezők ettől függetlenül is nagyobb fokú orvosi odafigyelést, szoros orvosi felügyeletet és fokozott gondosság tanúsítását követelték volna meg. Az alperes felelősségének alapját elsősorban a szoros orvosi megfigyelés elmulasztásában látta.
- [16] Az elsőfokú bíróság az alperes által a szakértőhöz (szakkonzultánsához) feltett kérdések tekintetében kifejtette, hogy a kompartment szindróma, mint szövődmény gyakoriságának kérdése, valamint a feldolgozott szakirodalmi adatok érdemben nem hatottak ki a magánszakvélemény megállapításaira, következtetéseire, ebből az okból az aggályosságot megállapítani nem lehetett. A diagnosztikai késedelmet illetően az igazságügyi magánszakértő a műtét után tanúsított nem kellően gondos, fokozott szakorvosi felügyeletet nélkülöző eljárást minősítette ellátási hibának, a párnaprevenció megtörténte pedig nem szakkérdésnek, hanem ténykérdésnek tekinthető.
- [17] Az elsőfokú bíróság közbenső ítélete ellen az alperes fellebbezett. Fellebbezésében az elsőfokú bíróság közbenső ítéletének megváltoztatását és a kereset elutasítását kérte.
- [18] Megsértett jogszabályhelyként jelölte meg az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény 3.§ (1) és (3) bekezdését, (7) bekezdését, 45.§ (1) bekezdését, (4) bekezdés b) pontját, 52.§ (1)-(2), (5)-(6) bekezdését, az igazságügyi szakértő szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képesítési és egyéb szakmai feltételekről szóló 9/2006. (II. 27.) IM rendelet 2. számú mellékletét, a Pp. 316.§ (1) bekezdés a)-d) pontjait, (2) bekezdés a) pontját, (3) bekezdését.
- [19] Vitatta az elsőfokú bíróságnak azt a megállapítását, hogy a műtét során párnaprevenció alkalmazására nem került sor, álláspontja szerint ez ellentmond a per adatainak. szakkonzulens1 tanú (19. sorszámu tárgyalási jegyzőkönyv) részletes vallomást tett arra nézve, hogy miként helyezték el a párnákat, ahogy nyilatkozott arról is, hogy a párnahasználat

olyannyira evidencia, hogy emiatt nem kerül feltüntetésre az orvosi dokumentációban. A felperesi tanúk közül a felperes testvére és barátnője a felperestől szereztek tudomást a párnavédelem alkalmazásának hiányáról. A felperes maga úgy idézte fel a kezelőorvos tanú állítólagos korábbi nyilatkozatát, hogy a szövődmény megelőzhető lett volna „ha megfelelően párnát használnak a műtétnél”, amely kijelentés nem a párnahasználat hiányára, legfeljebb annak nem megfelelő módjára utal. A felperes édesanyjának nyilatkozata pedig eltért mindezekről, mert ő kifejezetten arról tett tanúvallomást, hogy a kezelőorvos konkrétan a párnahasználat mellőzéséről adott tájékoztatást. Rámutatott az alperes, hogy a műtét után egy évvel benyújtott kárigényben a felperes a párnahasználat elmaradására egyáltalán nem tért ki.

- [20] Kiemelte, hogy a szakvélemény 2024. február 19-i kiegészítésében (22. sorszám alatti első kiegészítés) az orvosszakértő úgy fogalmazott, hogy nagy valószínűséggel nem volt kellően effektív a párnahasználat. Ugyanakkor a hétköznapi gyakorlatot jól ismerő szaktekintélyek, gyakorló orvosok egybehangzóan nyilatkoztak alperesi megkeresésre adott válaszukban arról, hogy a műtéti leírásban soha nem kerül külön rögzítésre a párnák alkalmazása, az önmagában a térd, könyök helyzetére utalásból következtethető. Hangsúlyozta, hogy a felperes műtétje eredetileg is több órára tervezett gerincműtét volt, így logikátlan, hogy a párnaprevenció alkalmazása elmaradt volna.
- [21] Megalapozatlannak tartotta az alperes az elsőfokú közbenső ítéletben foglalt azt a megállapítást is, hogy a felperes legalább nyolc órán keresztül térd-könyök testhelyzetben volt. A felperest reggel 8:00 órakor vitték be a műtő területére és 16:55 órakor vették fel az intenzív osztályra, ugyanakkor a műtőbe kerülést követően az altatás előkészítése, a műtétet követően a beteg ébresztése hanyatt fekvő helyzetben történik, mely folyamatok időtartama együttesen minimálisan másfél óra; a felperes legalább nyolc órán keresztül térd-könyök testhelyzetben nem volt. Hiányolta az elsőfokú bíróság közbenső ítéletéből annak értékelését, hogy a felperes a műtét előtt is mozgáskorlátozott volt, futni nem tudott.
- [22] Nem vitatta, hogy a felperes tájékoztatást a kompartment szindrómáról mint szövődményről nem kapott, de rámutatott, hogy azt a szövődmény jellege, ritkasága miatt nem is kellett belefoglalni a beleegyező nyilatkozatba.
- [23] Változatlanul a magánszakértői vélemény aggályosságát állította, különös figyelemmel arra, hogy az ellátás szakszerűségének és időszerűségének kérdésében a véleménykülönbség az orvosszakértő és a szakkonzultáns álláspontja között fennáll, miután a szakkonzultáns úgy nyilatkozott, hogy a jobb alsó végtagi duzzanat és erős fájdalom észlelve lett, és kellő időben a gondos műtéti ellátása megtörtént. Sételmezte, hogy a szakvélemény kiegészítése körében kizárólag a szakértő járt el, holott a szakértői vélemény kiegészítése során is be kellett volna vonnia szakkonzulens szakkonzultánst. Ennek elmulasztása kérdésessé teszi a szakvélemény kiegészítések megalapozottságát, mivel a szakkonzultáns rendelkezik ideggyógyász, idegsebész kompetenciával.
- [24] Kifogásolta, hogy a szakértő kizárólag a szakirodalomra hivatkozással és nem gyakorlati példákkal adott választ arra, hogy milyen gyakorisággal fordul elő az alsó végtagi kompartment szindróma. Rámutatott, hogy öt véleményformáló szaktekintély nyilatkozatát csatolta, akik egységesen arról számoltak be, hogy a praxisuk során nem találkoztak a perbeli szövődménnyel, azt extrém ritkának minősítették. A szakértő ennek ellenére is úgy foglalt állást, hogy az általa nem mindennaposnak minősíthető kórképre gondolni kellett volna. Álláspontja szerint a szakértő alaptalanul róta a terhére a műtétet követő szoros orvosi megfigyelés hiányát: ezzel szemben a felperes intenzív osztályon került elhelyezésre, ahol a lehető legmagasabb szintű felügyelet volt biztosítva. Önmagában a felperes túlsúlya, illetve a műtétnek a tervezett időtartamánál ténylegesen hosszabb volta sem indokolta a felperesnek a hazai gyakorlatban elfogadott intenzív osztályon történő ápolásnál szorosabb megfigyelését, különös tekintettel a komplikációmentes eredményes beavatkozásra. Változatlanul

hangsúlyozta, hogy az alarmírozónak minősített tünetek (lábzsibbadás, gyengült lábfejjizomerő) nem a kompartment szindróma specifikus tünetei, egy ilyen horderejű gerincműtét után természetes az előfordulásuk, illetve a vénás trombózis is okozhat ilyen tüneteket. Az általa megkeresett orvosok véleménye maradéktalanul a szakkonzultánsi álláspontot támasztotta alá, így álláspontja szerint az ügyeletes orvosnak azt az esti órákban tett következtetését, hogy a felperes állapota teendőt nem igényel, nem lehet diagnosztikus tévedésnek minősíteni.

- [25] A felperes fellebbezési ellenkérelme az elsőfokú közbenső ítélet helybenhagyására irányult. A beavatkozó a másodfokú eljárásban nyilatkozatot nem tett.
- [26] A fellebbezés nem alapos.
- [27] A másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság ítéletét a Pp. 371.§ (1) bekezdésében írtakra figyelemmel, a fellebbezés és a fellebbezési ellenkérelem korlátai között bírálta felül.
- [28] Az alperes fellebbezési érvelésében alapvetően az elsőfokú bíróságnak a bizonyítékok mérlegelésére vonatkozó tevékenységét, annak eredményét támadta. A másodfokú bíróság megítélése szerint az elsőfokú bíróság a tényállást helytállóan, a rendelkezésre álló bizonyítékok körülbtekintő értékelésével állapította meg.
- [29] A párnavédelem alkalmazásának megtörténtét illetően az elsőfokú bíróság helyesen tulajdonított jelentőséget az alperest terhelő dokumentációs kötelezettségnek. Az Eütv. 136.§ (2) bekezdés n) pontja szerint az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni minden olyan (a felsorolás korábbi elemeiben külön nem említett) adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet. A másodfokú bíróság erre figyelemmel maga sem fogadta el az alperesnek azt az érvelését, hogy a műteti fektetésnél a párnavédelem alkalmazásának evidenciája (amelyet az alperes a sebészi kesztyű viseléséhez hasonlított) teszi szükségtelemné a dokumentálást. A perben ugyanis nem volt vitás, hogy a párnavédelem szükségességét, mikéntjét a műteti terület elhelyezkedésére figyelemmel alkalmazott fektetési módhoz kell igazítani, így a párnavédelem általános és változatlan formában követett gyakorlatnak nem tekinthető; alkalmazásának a felperesnél bekövetkezett szövődmény által kidomborított jelentősége ugyancsak a dokumentálандósága mellett szól. Az alperes által hivatkozott, a párnavédelmet a dokumentációs kötelezettség körén kívülinek tekintő gyakorlat következménye a vitatott esetekben jelentkező bizonyítatlanság. Az Eütv. által előírt dokumentációs kötelezettség elmulasztásához kapcsolódó következetes bírói gyakorlat szerint a hiányosan vezetett egészségügyi dokumentáció pótlására az ellátást végzők utólagosan, már a jogvita kibontakozása után tett tanúvallomása nem alkalmas (BDT2023.4703.). Abban is töretlen a bírói gyakorlat, hogy az egészségügyi dokumentáció hiányosságát az egészségügyi intézmény terhére kell értékelni (BDT2014.3199.).
- [30] Nincs megfelelő meggyőző ereje annak az alperesi hivatkozásnak sem, hogy a logika szabályaival ellentétes lett volna egy eredendően is több órára tervezett gerincműtét alkalmával a prevenció elmulasztása: ennek az érvelésnek a helyessége esetén ugyanis minden esetben az ideáltipikus eshetőséget lehetne csak megtörténtként elfogadni, holott a valóságban hibák, hiányosságok előfordulhatnak.
- [31] Az alperes azt is vitatta, hogy a felperes az elsőfokú bíróság által meghatározott időtartamban volt kényszerterhelyzetben, mivel hivatkozása szerint a műteti előkészítés, illetve az ébresztés (mely folyamatok időtartama együttesen minimum másfél óra) még, illetve már nem ebben testhelyzetben történt. Az alperesnek ez a védekezése nem bírt jelentőséggel, mert a kezdő és a végidőpont közötti, kb. kilenc órás időtartamból az említett másfél órát levonva hét és fél óra adódik, ami érdemi különbséget a nyolc órához képest nem jelent, mindenképpen hosszú műteti időtartamról van szó.

- [32] Az a fellebbezéssel érintett kérdés pedig, hogy a felperes mozgáskészsége mennyiben romlott, részleteiben nem a jogalaphoz tartozik, annak megjegyzésével, hogy a felperes kialakult végállapotát nem a műtétet megelőző állapotához kell hasonlítani, hanem ahhoz, amely állapot a sikeres gerincműtétet követően őt jellemezhetette volna.
- [33] A peres felek között a legélesebb jogvita a magánszakértői vélemény aggályosságának vagy aggálytalanságának kérdésében alakult ki. Az elsőfokú bíróság helyesen ítélte meg az orvosszakértő kompetenciáját, az orvosszakértő és a szakkonzultáns megállapításai közötti ellentmondás hiányát is. Az elsőfokú bíróság által is ismertettek szerint a szakkonzultáns kifejezett értékelést, az ellátás megfelelőségére vonatkozó véleményt a szövődmény észlelését követő időszakra adott, azt pedig maga is bizonytalan tényezőként határozta meg, hogy a beteg fektetése kellő körültekintéssel és gondossággal, szakszerűen történt-e. Az alperes iratellenesen hivatkozott arra, hogy a szakvélemény kiegészítésének elkészítésébe az orvosszakértő a szakkonzultánst nem vonta be: ezzel ellentétesen a 25.P.20.528/2022/22. számú szakvélemény kiegészítés 39. oldala tartalmazza az idegsebészeti szakkonzultánsi véleményt. A szakértői vélemény pedig következetesen foglalt állást abban a kérdésben, hogy a kompartment szindróma felmerülésének lehetőségére az alperesnek annak ellenére is gondolnia kellett volna, hogy ez a szövődmény rendkívül ritkán merül fel, és az esti órákban jelentkező tünetek sem voltak specifikusak. A másodfokú bíróság álláspontja szerint az a körülmény, hogy egy lehetséges szövődmény (kezdő-)tünetei nem jellegzetesek, éppen a fokozott körültekintés indokoltságát erősíti meg.
- [34] A kompartment szindróma felismerhetőségének kérdése olyan szakkérdés, melynek megválaszolására az orvosszakértő rendelkezik kompetenciával, az alperes által szaktekintélyként hivatkozott gyakorlott idegsebészek állásfoglalása, a körükben végzett véleménykutatás eredménye nem alkalmas a magánszakértői vélemény logikusan felépített és megindokolt következtetéseinek megdöntésére.
- [35] A gerincműtétet követő éjszaka folyamán a felperes lábszárainak duzzanata fokozódott (kora délelőttre mindkét alszárat jelentősen duzzadtnak írták le, vádlója kifejezetten tömött tapintatúvá vált). A panaszok fokozódásának folyamatát az alperes azonban nem észlelte, ami alátámasztja a szoros megfigyelés hiányát. Tény, hogy az esti órákban adott, intézkedést nem igénylő minősítés és az ezt követő reggeli észlelés közötti időben eredménytelenül, alperesi aktivitás nélkül telt el az a kritikus időszak, amelyben a szövődmény következményei még eredményesen elháríthatóak lettek volna.
- [36] Az alperes felelőssége szempontjából a beleegyező nyilatkozatnak különösebb jelentősége nem volt, így a másodfokú bíróság a fellebbezés ezzel kapcsolatos érveivel nem foglalkozott.
- [37] Az alperes tehát nem tudta kimenteni magát a felelősség alól, mert nem bizonyította, hogy a felperes ellátása során az elvárható gondossággal, az írott és íratlan szakmai követelményeknek, szakmai szabályoknak megfelelően járt el, és a hátrány ennek ellenére következett be, vagy ettől függetlenül is ugyanúgy bekövetkezett volna.
- [38] Miután a bizonyítás az alperest terhelte, a fellebbezés abban az esetben sem vezethetett volna a célzott eredményre, ha a magánszakértői vélemény esetlegesen aggályosnak bizonyul, mivel a fentiek ebben az esetben is bizonyítatlanok maradtak volna.
- [39] Az elsőfokú bíróság a fellebbezésben felhívott és felhozott jogszabályokat nem sértette meg, a másodfokú bíróság ezért a fentiekre figyelemmel az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét a Pp. 383.§ (2) bekezdése alapján helybenhagyta, mégis azonban azzal a pontosítással, hogy az alperes felelőssége nemcsak a 2019. szeptember 27. napján elvégzett műtétet követően kialakult kompartment szindróma, mint lehetséges szövődmény *elkerülése* körében elmulasztott intézkedések okán, hanem a szövődmény *következményeinek elhárítása* körében elmulasztott intézkedések okán is fennáll, az azokkal okozati összefüggésben a felperesnél

kialakult károkért és személyiségi jogsérelemért. Ez a megfogalmazás áll összhangban a bizonyítás eredményeként az alperes terhére rótt mulasztásokkal, miután a fentiekben részletezettek szerint a magánszakértői vélemény a kialakult szövődmény ellátását illetően is hiányosságot állapított meg.

- [40] Az alperes fellebbezése nem vezetett sikerre, a felperes azonban másodfokú perköltséget nem számított fel, így arról a másodfokú bíróságnak a Pp. 82.§ (3) bekezdése alapján rendelkeznie nem kellett.
- [41] Az alperes személyes illetékmentessége folytán a meg nem fizetett fellebbezési eljárási illeték a Pp. 102.§ (6) bekezdése alapján az állam terhén marad.
- [42] A másodfokú bíróság a fellebbezést a Pp. 376.§ (1) bekezdés a)-c) pontjaiban írt feltételek hiányában tárgyaláson kívül bírálta el.

Pécs, 2025. február 28.

Dr. Kutasi Tünde s.k. a tanács elnöke, Gáspárné dr. Baranyabán Judit s.k. előadó bíró, Dr. Kovács János s.k. bíró