

SZEGEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.I.20.460/2017/4. szám

A Szegedi Ítéltábla dr. Erdős György ügyvéd által képviselt **felperes neve (címe)** szám alatti lakos felperesnek – a dr. Kaszai Balázs által képviselt **alperes neve (címe)** szám alatti székhelyű alperes ellen kártérítés iránt indított perében a Szegedi Törvényszék 2017. március 9. napján kelt 1.P.20.265/2015/40. sorszámú ítélete ellen az alperes részéről 42. sorszámon előterjesztett fellebbezés folytán lefolytatott másodfokú eljárásban meghozta a következő

Í T É L E T E T :

Az elsőfokú bíróság ítéletének nem fellebbezett részét nem érinti, megfellebbeezett rendelkezéseit **részben megváltoztatja** és az alperes egyösszegű marasztalásának összegét 8.310.000,- (Nyolcmillió-háromszáztízezer) forintra leszállítja azzal, hogy az ezen összegből 8.000.000,- (Nyolcmillió) forint után járó késedelmi kamatfizetés kezdő időpontját 2012. február 7. napjában, míg 310.000,- (Háromszáztízezer) forint után 2015. december 2. napjában állapítja meg.

Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyja.

Kötelezi az alperest, 15 nap alatt fizessen meg a felperesnek 100.000,- (Százezer) forint másodfokú eljárási költséget.

A le nem rótt 691.200,- (Hatszázkilencvenegyezer-kettőszáz) forint fellebbezési eljárási illeték az állam terhén marad.

Az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S

Az ítéltábla az alábbi módosított és kiegészített tényállást állapította meg:

A felperes 2011. január 5-én balesetet szenvedett, ezért felvették az alperesi kórház traumatológiai osztályára. Fizikális és képalkotó vizsgálatokkal a bal combcsont testtávoli harmadában csontszélességnyi elmozdulással járó spiráltörést véleményeztek. Január 7-én a törést reteszkes velőűr szegezéssel egyesítették. A műtét utáni röntgenfelvétel szerint a darabos spiráltörés rögzítése kielégítő helyzetű. Eseménytelen műtét utáni szakot követően a felperest elsődlegesen gyógyult sebbel, varratszedés után, orvosi utasításokkal ellátva, mobilizálva január 21-én bocsátották otthonába. Javasolták a vérröggátló kezelés 30 napon át történő folytatását, az operált végtag terhelését, házi beteggondozás keretében a megkezdett gyógytorna folytatását.

2011. február 7-március 4. között folyt a felperes mozgásszervi rehabilitációs kezelése. Felvételekor – amellet, hogy járókerettel, részterheléssel közlekedett – észlelték nyaki és ágyéki gerincmozgásainak beszűkülését, háti görbületének fokozódását, bal térd- (hajlítás 30 fokig) és

bokamozgásainak beszűkülését. Röntgenvizsgálatakor a bal oldali lábszárcsontok mérsékeltebb fokú diffúz felritkulását írták le. Az alkalmazott komplex fizioterápia hatására bal térdfunkciói jelentősen javultak, fájdalma mérséklődött, két könyökmankó használatával járáskészsége nőtt. A tanult gyógytorna folytatását, fokozatos terhelést, mobilizációt, szükség esetén fájdalomcsillapító használatát javasolták.

A felperes 2011. május 5-i traumatológiai ambuláns vizsgálatakor a törés jó helyzetű csontheges gyógyulása mellett a testtávoli reteszcsavar elmozdulását észlelték. A bal combcsont velőürszeggel rögzített térdtáji törése változatlan helyzetű volt, csupán a velőürszeget rögzítő alsó fémcsavar mozdult el. Május 17-én az elmozdult testtávoli reteszcsavart eltávolították, a röntgenvizsgálat jó helyzetben gyógyult törést mutatott.

A felperes műtét utáni rehabilitációja 2011. május 18-június 6. közt folyt, majd több traumatológiai vizsgálaton, pszichiátriai kórházi kezelésen esett át.

Szeptember végi traumatológiai vizsgálatakor bal térdízületének kismértékű duzzanatát figyelték meg. A retrográd velőürszeg okozta panaszok miatt javasolták a fém kivételét, de a beteg azt nem kívánta elvégeztetni. A röntgenfelvételen – a 2011. május 23-i vizsgálattal összehasonlítva – a sípcsont térdízületvégi sorvadása kissé fokozódott, egyéb változás nem volt látható.

2012. február 6-tól a felperes újabb traumatológiai ellátására került sor. A reteszcsavar eltávolítást követően a törés zömülése és a femurszeg térdízületi végének kismértékű kicsúszása alakult ki, emiatt február 7-én teljes fémkivétel (szeg és retesz) végeztek. Szövődménymentes műtét utáni szakot követően megkezdték gyógytornáztatását és mobilizációját.

Majd bal térének fájdalmas mozgásbeszűkülése és általános mozgásnehezítettsége miatt rehabilitációs kezelésen vett részt. Röntgenvizsgálata a bal térdmozgások beszűkülése (hajlítás 20 fokig), a bal alsó végtag 4 cm-es rövidülése és kifordult helyzete mellett a bal combcsont testtávoli végén, a korábbi törésben 12 fokos tengelyeltéréssel járó újabb törést mutatott ki a testtávoli törtvég kismértékű elmozdulásával, ezért a felperest február 17-én ismét megműtötték, lemezes, csavaros csontegyesítést végeztek. A műtét utáni röntgenfelvételen a törés kielégítő helyzetben ábrázolódott. A kórlapi bejegyzés szerint a műtetre sürgősséggel, a volt törés helyén bekövetkezett, bizonytalan körülmények között elszenvedett ismételt törés miatt került sor. Leírták, hogy a műtétnél használt fémanyagok egy része nem volt megfelelően illeszthető, de a csontegyesítés mozgásstabil volt. A felperes a műtéteket követően mozgásszervi rehabilitáción vett részt.

2012. július 31-én erős fájdalmai, operált végtagjának terhelési képtelensége, bal térdízületének melegsége, duzzanata, instabilitása, a csontheg túlburjánzása, álzület kialakulása és a behelyezett fémlemez környezetében kilazulásra utaló csontfelszívódás miatt újabb csontegyesítő műtétet és csontszövet beültetést javasoltak a felperesnek.

Műtėti ellátására októberben került sor, fémeltávolítás és lemezes csontegyesítés történt. A műtét utáni radiológiai kép a bal combcsonttörés jó helyzetű rögzítését mutatta a bal térdízület elfajulásával és mérsékelt instabilitásával.

Jelenleg a felperes műtėti hegei nyomásérzékenyek, bal combja deformálódott, combizomzata sorvadt, bal térde duzzadt, térdhajlítása a normálistól elmarad, bal bokamozgásai vég helyzetben fájdalmasak, bal alsó végtagja 5 cm-rel rövidült, segédeszközzel, sántítva jár, másodlagosan gerincgörbülete és gerincferdülése alakult ki. Ez végállapot, életkorának előrehaladtával további fokozatos rosszabbodás várható. Esetében újabb műtėti beavatkozás nem szükséges, de a későbbiekben – bal térdízületének jelentős állapot-rosszabbodása esetén – térdízületi protézis szükségessége nem zárható ki. Munkaképesség csökkenése 40 %-os, a háztartási, ház körüli munkák elvégzésében segítségre szorul.

A felperes tudathasadásos elmebetegségben szenved. Pszichés zavarral és gyógyszer mellékhatások következményeivel küzd. Pszichiátriai megbetegedése sorsszerű, természetes kórokú.

A felperes módosított keresetében 12.000.000,- forint nemvagyoni kártérítés, valamint 2012. novembertől havi 10.000,- forint háztartási többletköltséggel kapcsolatos járadék és ezen összegek különböző időpontoktól járó késedelmi kamatai megfizetésére kérte kötelezni az alperest. Álláspontja az volt, az alperes orvosai a 2012. február 7-én és 17-én történt beavatkozások során nem a szakma szabályainak megfelelően jártak el, ez vezetett maradandó egészségkárosodásához.

Az alperes ellenkérelme a kereset elutasítására irányult. Véleménye szerint a felperes ellátása során az elvárható gondossággal járt el.

Az elsőfokú bíróság ítéletével megállapította, hogy az alperes a 2012. február 7-én és 17-én végzett műtétek során megsértette a felperes testi épséghez, egészséghez fűződő személyiségi jogát. Kötelezte 8.520.000 forint és ennek részösszegeként különböző időpontoktól járó késedelmi kamatai, valamint 2017. március 1. napjától kezdődően 10.000 forint járadék megfizetésére. Ezt meghaladóan a keresetet elutasította. Indokolásában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 77. § (3) bekezdésére, valamint a rPtk. 339. § (1) bekezdésére és 348. § (1) bekezdésére hivatkozással kiemelte, a felek között létrejött ún. kezelési szerződés alapján igazságügyi szakértő bevonásával kellett vizsgálni, hogy az elvégzett műtétek során az alperes a szakma szabályai szerint, az elvárható gondosságot tanúsítva járt-e el. Megállapította, hogy a 2012. február 7-i műtét javallata, a panaszt okozó velőürszeg eltávolítása indokolt volt, a maradéktalan fémeltávolítás azonban szakmailag helytelen, mivel ekkorra még nem volt elégséges a csonthegkőpződés. Az ismételt törés veszélyének csökkentésére, megakadályozására megfelelő stabilizáló fényanyag behelyezése lett volna indokolt. Szakmai szabályszegésként értékelte, hogy sem a műtét után, sem a kórházi elbocsátás előtt nem készült a műtési helyzetről kontroll röntgenfelvétel. A kirendelt igazságügyi szakértő szakvéleményéből arra következtetett, hogy a február 17-én elvégzett műtét alkalmával behelyezett implantátum hiányos volt, így a condyluscsavar csak részben rögzítette a törést, ezért abban elmozdulás, majd következményes álízület alakult ki. A szakvélemény alapján rámutatott, az alperes nem az elvárható gondosság elvének megfelelően járt el a két műtét során, felróható magatartása folytán a felperes gyógytartama kb. 8-9 hónappal meghosszabbodott. Hangsúlyozta azt is, amennyiben a 2012. február 7-i műtét a szakmai szabályoknak megfelel, a felperesnek esélye lett volna a szövődménymentes gyógyulásra. Így azonban az alperes szakmai szabályszegésével okozati összefüggésben a felperesnél maradványállapot alakult ki, mely végleges és amelynek következtében munkaképesség-csökkenése 40 %-os. A szakvéleménynek megfelelően értékelte azt is, hogy a bal alsó végtag rövidülésében a perbeli, ismételt műtétek mellett nem kizárható a korábbi lábszártörés miatti műtét utáni állapot, valamint a combcsonttörés első műtétét követő természetes eredetű csontállomány zömülése sem. Megállapította ugyanakkor, hogy a felperes pszichiátriai megbetegedése természetes kórokú, sorsszerű, nem áll okozati összefüggésben az alperes magatartásával. Mindezeket együttesen értékelve határozta meg a nemvagyoni kártérítés összegét és ítélte megalapozottnak a vagyoni kárigényt.

Az ítélet ellen az alperes terjesztett elő fellebbezést annak részbeni megváltoztatása és elsősorban a kereset teljes elutasítása, másodsorban a nemvagyoni kártérítés összegének 2.500.000 forintra mérséklése, valamint a járadékfizetésre irányuló kereseti kérelem elutasítása érdekében. Változatlan álláspontja szerint a felperes kezelése során az elvárható gondossággal járt el, a szakma szabályait betartotta, felróható magatartást nem tanúsított, mulasztást nem követett el. Mind a 2012. február 7-i, mind a 17-i beavatkozás indokolt volt, szakmailag helyes megoldásokat választottak az orvosok. Hangsúlyozta, a szakértői vélemény sem zárta ki, hogy a felperes bal alsó végtagja rövidülésének kialakulásában az ismételt műtétek mellett a korábbi lábszártörés miatti műtési állapot, valamint a combcsonttörés első műtétét követő természetes eredetű csontállomány zömülése állhat. Álláspontja

szerint ezt ugyan az elsőfokú bíróság figyelembe vette, de nem értékelte kellő súllyal. Nem vitatta, hogy a felperes egészségi állapota és életvitele a korábbiakhoz képest hátrányosan változott, azonban – véleménye szerint – a megállapított nemvagyonai kártérítés összege eltúlzott. Hozzátette, a járadékfizetés rPtk. 355. § (3) bekezdésében foglalt feltételei nem állnak fenn.

A felperes fellebbezési ellenkérelmében az elsőfokú ítélet fellebbezéssel támadott rendelkezéseinek helyes indokai szerinti helybenhagyást kérte. Álláspontja az volt, a szakértői vélemény megállapításai kellően alátámasztják az alperes felróható magatartását, amit az elsőfokú eljárásban az alperes érdemben nem is vitatott. Hozzátette, a szakértői vélemény az ismételt műtétekkel mindenképpen összefüggésben állónak találta a kialakult végállapotot, az a körülmény, hogy a rövidülésben korábbi lábszártörés is szerepet játszhatott, nem befolyásolja az alperes felelősségének megállapítását.

A fellebbezés **részben alapos.**

Ahogy az elsőfokú ítélet is helytállóan állapította meg, a felperes és az alperes között kötelmi 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, amelyekben azonban a rPtk. 318. § (1) bekezdésének utaló szabálya folytán a felelősség kérdésében irányadóak a kártérítési felelősség általános polgári jogi szabályai is (rPtk. 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. Így ha nem zárható ki valamennyi ok, amely az egészségügyi intézmény tevékenységével összefüggésben áll, a felelősség alóli mentesüléshez neki kell kimentenie magát annak bizonyításával, hogy az elvárható gondossággal járt el. Ennek hiányában megállapítható kártérítő felelőssége (hasonlóan: Kúria Pfv.III.21.097/2016/4.). Vagyis ha bizonyítást nyer, hogy a tényleges hátrány, az egészségromlás – amely az e kontraktuális jogviszonyra irányadó megközelítésben ellentétes a szerződéses jogviszony céljával – a kezeléssel összefüggésben, annak során következett be, az egészségügyi intézmény bizonyíthatja, hogy felróható kezelési hiba nem történt, azaz eljárása megfelelt az Eütv. 77. § (3) bekezdésében foglalt gondossági mércének. De mentesülhet a felelősség alól annak igazolásával is, hogy az egészségkárosodás nem a kezelési hiba miatt következett be, illetőleg attól függetlenül is előállt 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.). Az alperes szerződéses kötelezettsége tehát az volt, hogy a szakmai és etikai szabályok, irányelvek betartásával járjon el a felperes kezelésének megválasztása, kezelése és műtéti 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.

Az eljárás során kirendelt orvosszakértői intézet véleménye szerint a 2012. február 7-én végzett műtét javallata, a panaszt okozó velőürszeg eltávolítása indokolt volt. Ugyanakkor a maradéktalan

fémeltávolítás szakmailag helytelen volt, mivel a törésben még nem alakult ki megfelelő csonthegképződés, mely az ismételt törés veszélyét rejtette magában. Emellett az elégtelen csontképződés ellenére nem helyeztek be megfelelő stabilizáló fémanyagot, például szögstabil lemezt, ami az ismételt törés veszélyét csökkenthette, esetleg megakadályozhatta volna. Szakmai hiányosság az is, hogy sem a műtét után, sem a kórházi elbocsátás előtt nem készült a műtési helyzetről kontroll röntgenfelvétel. A 17-i műtési leírásban szereplő fémanyag is hiányos volt, illetve nem megfelelő. A csavar csak részlegesen rögzült a csontban, mert a műtét során a csontállomány elégtelensége miatt a condiluscavart és a lemezt a szabályoshoz képest előrébb kellett behelyezni. A hiányos implantátum, az így a behelyezett condiluscavar tehát csak részlegesen rögzítette a törést, emiatt elmozdulás, majd következményes álízület alakult ki. Ha már 2012. február 7-én – helyesen választott – fémanyagot helyeznek be, a törésgyógyulás és a segédeszközzel való, legalább részleges terhelés kb. 6-8 hét múlva következett volna be. Az orvosi dokumentáció alapján a felperes esetében a gyógytartam emiatt kb. 8-9 hónappal hosszabbodott meg. A műtét szakmai szabályok szerinti elvégzésével, megfelelő stabilizáló fémanyagpótlással a felperes sérülése szövődménymentesen gyógyulhatott volna.

A szakmai szabályszegéssel áll okozati összefüggésben a felperesnél kialakult maradványállapot, mely elsősorban a bal comb és térdtájék nyomásérzékeny műtési hegeiben, a bal comb deformitásában, a combizomzat sorvadásában, a bal térd duzzanatában és a térdhajlítás elmaradásában, a bal bokamozgások véghelyzeti fájdalom-érzékenységeiben, a bal alsó végtag rövidülésében, segédeszközzel történő sántító járásban és másodlagos gerincgörcületben, valamint gerincferdülésben nyilvánul meg.

Az aggálytalan szakvéleménnyel bizonyítást nyert, hogy a tényleges hátrány, az egészségromlás mint végállapot a perbeli kezeléssel összefüggésben, annak során következett be az alperes szakmai szabályszegése miatt. A kimentés körében az alperesnek nem sikerült bizonyítania, hogy a felperes egészségkárosodása a kezelési hibától függetlenül is előállott volna. Az, hogy esetleg más is közrejátszhatott a bal alsó végtag rövidülésében, az alperes kártérítési felelősségének fennállta szempontjából nem bír relevanciával, tekintettel arra, hogy nem az általános orvosszakmai zsinórmértéknek megfelelő kezelése ettől függetlenül adekvát és jogilag releváns oksági kapcsolatban áll a bekövetkezett hátránnyal. Az alperes ezzel a hivatkozással a felróhatóság alól nem mentheti ki magát, felróható magatartása pedig, mivel az a felperesnek súlyos hátrányokat okozott egészségi állapotában, életvitelét – szemben a beavatkozások Eütv-beli céljával – jelentősen elnehezítve, megalapozza kártérítési felelősségét. A jogi megítélés szempontjából tehát jelentősége annak van, hogy szakmailag elvárható gondossággal végzett műtétek esetén a felperes maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, szövődménymentesen gyógyulhatott volna.

Mindezekből pedig az következik, hogy az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll a műtétekkel okozati összefüggésben a felperest ért károkért, hiszen maradandó egészségkárosodásához, mint végállapot kialakulásához a kórház felróható tevékenysége vezetett.

Maradandó következménnyel járó egészségkárosodás esetén a károsult életvitelére, képére gyakorolt tényleges hatás alapján kell meghatározni azt az immateriális hátrányt, ami a kártérítés mértékének alapja. A műtéteket – és értelemszerűen a balesetet – megelőző egészségi állapota és az alperes mulasztása folytán előállott hátrányokat összevetve megállapítható, hogy a felperesnél olyan jelentős negatív irányú változás következett be, ami mozgáskészségét, ezzel teljes életvitelét nyilvánvalóan súlyosan és hátrányosan befolyásolta. Mivel a nemvagyoni kártérítés célja, hogy a károsultnak teljes reparációt biztosítson az elszenvedett nemvagyoni sérelmekért, a kártérítés mértékének meghatározása során a károkozás- vagy ítélethozatalkori ár- és értékviszonyokra is figyelemmel kell lenni, és erre az időpontra vetítetten kell arányban állnia a megállapított összegnek a bekövetkezett nemvagyoni károsodással (eBDT 2003.907.). Az elsőfokú bíróság helyesen

értékelte azokat a körülményeket, amelyek megalapozzák a felperes nemvagyoni kártérítési igényét, a meghatározott összeg a kialakult bírói gyakorlatot is figyelembe véve (Kúria Pfv.III.20.613/2015/8., Kúria Pfv.III.20.769/2016/3., Győri Ítéltábla Pf.III.20.064/2016/3.) kellő kompenzációt jelent a felperest ért hátrány kiküszöbölésére, az az irányadó elveknek megfelelő, arányos, tekintetbe véve a károkozaskori értékviszonyokat is.

Az elsőfokú bíróság a nemvagyoni kártérítés után 2011. január 7-től állapított meg késedelmi kamatot. Az alperes szakmai szabályszegésével okozott káresemény azonban nem a felperest ért baleset utáni betegfelvétellel, vagyis 2011. január 7-ével következett be, hanem a 2012. február 7-én végzett műtét eredményeként, következésképpen a rPtk. 360. § (1) bekezdése alapján a kártérítés ekkortól esedékes, ami egyben a késedelmi kamatfizetés kezdő időpontja is a nemvagyoni kártérítési összeg esetében (Ptk. 301. §).

Az alperes fellebbezésében ugyancsak kifogásolta a megítélt járadékot, indokait azonban részletesen nem fejtette ki.

Azzal, hogy a felperes önellátási, háztartási munkaképessége jelentősen csökkent az alperesi felróható magatartással okozati összefüggésben, a vagyoni kárkövetelés jogalapja is fennáll. A rPtk. 355. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti járadékot akkor lehet megállapítani, amikor a kárkövetkezmények hosszú időn át rendszerességgel követik egymást és ennek rendszeres összege is megállapítható. A kártérítési járadék egyösszegű megváltásának nincsenek jogszabályi alapjai, a tételes joganyag nem ad iránymutatást a megváltás összegszerű meghatározásának szempontrendszeréről. A kártérítés meghatározásánál elsősorban a károsult érdekeit kell figyelembe venni, de a károsult és a felelős személy viszonyának, valamint az eset körülményeinek is szerepe van, azt a kártérítési módot kell tehát alkalmazni, amely a teljes jóvátétel elvének gyakorlati érvényesülését a legcsekélyebb sérelemmel és a legeredményesebben biztosítja (hasonlóan: Kúria Pf.VII.20.765/2002/4.). A háztartási kisegítés költségének a felperes által megjelölt járadékösszege nem tekinthető eltúlzottnak az irányadó ár- és értékviszonyok mellett, ekkora vagyoni hátrány bizonyosan éri folyamatosan, hiszen a periratok igazolják, hogy önellátásra nem képes. Emiatt nincs alap kétségbe vonni házastársának tanúvallomását (40. sz. jkv.), amely beszámol arról, hogy a felperest ő ápolja és Juhász Istvánné is szokott neki rendszeresen segíteni. Ez a segítségnyújtás pedig akkor is kompenzálandó anyagilag, ha ezért ellentételezést a felperes nem fizet. Ennek indoka, hogy ez a tevékenység pénzben kifejezhető értékkel bír, s az ezt nyújtók a felperes személyére, hozzá fűződő személyes viszonyuk miatt nyújtanak számára ingyenesen segítséget, nem azért, hogy az ezzel kapcsolatos költségek alól mentesítsék a károkozót (hasonlóan: BDT 2013.2843.). visszatérő jellege pedig a járadékkénti megítélést teszi célszerűvé. Mivel pedig a felperes szinte minden háztartási tevékenységben segítségre szorul, a havi 10.000,- forintos igény nem eltúlzott, ez az általános életpaszttalok alapján további részletes bizonyítás nélkül is elfogadható. Ugyanakkor az elsőfokú bíróság marasztaló rendelkezése a Ptk. 280. § (3) bekezdése korlátozó szabályának nem felelt meg, emiatt korrekcióra szorult. Az csak 2014. augusztus 18. napjától jár a felperesnek, ami a lejárt összegek tekintetében 310.000,- forintot jelent, a középátlagos időtől járó késedelmi kamatokkal növelten. Amennyiben a jövőben a kártérítési járadék összegét befolyásoló, bizonyítható körülményváltozás történne, úgy lehetőség van a járadék összegének módosítására (hasonlóan: BDT 2015.3330.).

A kifejtettekre tekintettel az ítéltábla az elsőfokú bíróság ítéletének nem fellebbezett részét nem érintve, megfellebbezett rendelkezéseit a rendelkező részben írtak szerint részben megváltoztatta, egyebekben helybenhagyta.

Az alperes fellebbezése túlnyomórésztben nem vezetett eredményre, ezért a Pp. 81. § (1) bekezdése szerint köteles a felperes másodfokú eljárásban felmerült, jogi képviseletével összefüggő arányos

költségének viselésére, melyet az ítéltábla a 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet 3. § (2) bekezdés a) pontja, valamint (5) és (6) bekezdései alapján a kifejtett munkával arányosan, mérlegeléssel állapított meg.

A le nem rótt illeték a 6/1986. (VI. 26.) IM rendelet 13. § (1) bekezdése, 14. §-a, valamint az 1990. évi XCIII. törvény (Itv.) 5. § (1) bekezdés c) pontja alapján az állam terhén marad.

Szeged, 2017. november 24.

Dr. Bánfalvi-Bottyán Csilla s.k.
a tanács elnöke, előadó bíró

Dr. Bálint Attila s.k.
táblabíró

Dr. Dobler László s.k.
táblabíró