

Sygn. akt I ACa 449/18

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 10 czerwca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Regina Kurek
Sędziowie:	SSA Anna Kowacz-Braun SSA Teresa Rak (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Paulina Klaja

po rozpoznaniu w dniu 27 maja 2019 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa J. G.

przeciwko Centrum Medycznemu (...) sp. z o.o. w K.

przy interwencji ubocznej A. S. i R. F.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki J. G. i strony pozwanej Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. w K.

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 7 listopada 2017 r. sygn. akt I C 1144/13

***I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu treść:***

***„1. oddala powództwo,***

***2. nie obciąża powódki kosztami procesu.”;***

***II. oddala apelację powódki;***

***III. nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.***

SSA Anna Kowacz-Braun SSA Regina Kurek SSA Teresa Rak

Sygn. akt I ACa 449/18

## UZASADNIENIE

**Powódka J. G.** wniosła o zasądzenie od pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne (...) Sp. z o.o. z siedzibą w K. kwoty 90.000 zł z odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

Na uzasadnienie podała, że w nocy z 28 na 29 marca 2002 r. jej mąż A. G., który od wielu lat chorował kardiologicznie poczuł się bardzo źle, zasłabł. Około godziny 4 zgłosił się w pozwanym Szpitalu, a w godzinach popołudniowych w tym Szpitalu zmarł. Zdaniem powódki personel strony pozwanej nie podjął wobec jej ma żadnego leczenia, nie mówiąc o specjalistycznych zabiegach i badaniach, których w związku ze złymi wynikami EKG powinien był on zostać poddany. A. G. pozbawiony został fachowej opieki medycznej będąc w ciężkim stanie, Zarzut zaniechania powódka postawiła zwłaszcza lekarzom A. S. i R. F., co doprowadziło do zgonu jej męża. Zaniechanie to polegało na braku wdrożenia leczenia, zgodnego z wymogami i standardami obowiązującymi wówczas, nie podjęciu działań, które zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej winny być podjęte, oraz braku podania leków.

Powódka z mężem była bardzo zżyta, byli małżeństwem 41 lat. Do chwili obecnej powódka nie może się otrząsnąć po stracie męża. Skutkiem jego śmierci jest także utrata środków utrzymania, które on dostarczał rodzinie i które pozwalały na pokrycie usprawiedliwionych potrzeb powódki.

Wskazał nadto powódka, że wymienieni lekarze zostali uznani winnymi zarzucanych im czynów w związku ze śmiercią męża powódki przez sądy karne I instancji, jednakże w dniu 10 maja 2012 r. Sąd karny II instancji ostatecznie musiał umorzyć postępowanie z powodu przedawnienia karalności zarzucanych oskarżonym czynów.

Na dochodzoną kwotę składa się 60.000 zł tytułem skapitalizowanej renty oraz 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę.

**Strona pozwana Centrum Medyczne (...) sp. o.o. w K.** wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu. Zarzuciła brak wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej, zaprzeczyła, by lekarze dopuścili się zawinonego błędu, którego skutkiem miała być śmierć męża powódki. Podała, że śmierć męża powódki nastąpiła na skutek zawału serca, co najprawdopodobniej wynikało z ogólnego stanu zdrowia i istniejących wcześniej schorzeń pacjenta. Zaprzeczyła, aby działanie czy zaniechanie personelu medycznego doprowadziły do skutku jakim była śmierć męża powódki. Zarzuciła też przedawnienie roszczenia powódki i brak podstaw do przyznania powódce zadośćuczynienia na mocy art. 446 § 4 k.c. Ponadto zakwestionowała roszczenie co do wysokości.

Interwenienci uboczni **R. F.** i **A. S.** wniesli o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Zarzucili przedawnienie roszczenia oraz brak zaistnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej, a także interwenientów.

**Wyrokiem** z dnia 7 listopada 2017 r. Sąd Okręgowy w Krakowie zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 10.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3 lipca 2013 do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałym zakresie i odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu.

Rozstrzygnięcie wydał Sąd w oparciu o następująco ustalony stan faktyczny:

Mąż powódki A. G. od 1994 r. chorował kardiologicznie. Stwierdzono u niego zaawansowaną złożoną wadę serca ( niedomykalność zastawek półksiężycowatych aorty II/III st. oraz niedomykalność zastawki mitralnej III st)., nadciśnienie tętnicze III okresu wg WHO, stabilną dusznicę bolesną, cukrzycę typu 2, oraz napadowe migotanie przedsionków i utrwalony blok lewej odnogi pęczka Hisa. W 1994 r. przeszedł okołokoniuszkowy zawał mięśnia sercowego.

W nocy z 28 na 29 marca 2002 r. A. G. poczuł się źle, skarżył się na ból serca, duszności, zawroty głowy i zimne poty. Około godz. 4 zasłabł w domu w łazience. Wcześniej od 3 dni czuł się źle. Powódka z synem zawieźli go do pozwanego Szpitala.

W Szpitalu dr S. wykonała pacjentowi EKG, stwierdziła podejrzenie napadowego migotania przedsionków i niedotlenienia mózgu i nakazała przewiezienie pacjenta na Oddział (...) w pozycji leżącej. Na Oddział (...) A. G. został przyjęty ok. godz. 5:30 z rozpoznaniem napadowego migotania przedsionków. Przy przyjęciu stwierdzono u pacjenta migotanie przedsionków ze średnią częstotliwością komór ok. 80/min, ciśnienie tętnicze 150/100 mmHg, stabilny obraz hemodynamiczny, bez cech jawnej niewydolności krążenia. Pacjent był w stanie ogólnym dość dobrym – chodził samodzielnie, nie widać było u niego obiektywnej duszności. Przyjęty został na Oddział przez dr P. z rozpoznaniem wada serca złożona z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa i z tachyarytmią całkowitą z powodu migotania przedsionków w stadium dosyć dobrej kompensacji krążenia – subkompensacji. Otrzymał dożylny wlew glukozy z amp. potasu i magnezu, (...) M., A. po czym podano mu heparynę drobnocząsteczkową 2 x 5000j podskórnie. Pacjent przebywał pod opieką ordynatora dr S., a następnie od ok. godz. 12 pod opieką dr F.. Około godz. 9-10 po wyjściu do toalety pacjent zasnął, wykonano wówczas EKG. Ok. godz. 14 chory przeniesiony został na Salę Intensywnej Terapii celem podjęcia próby kardiowersji farmakologicznej, próby umiarowienia. Nie zgłaszał duszności, nie było cech zastoju, ciśnienie tętnicze 120/80 mmHg. Podano mu 50mg M. doustnie, potem dożylnie 100mg P. po której u chorego wystąpiła nagle duszność, tachyarytmia i wymioty treścią pokarmową. Podano wówczas lek umiarawiający migotanie przedsionków. Między godz. 14 a 16.20 podano 3 leki antyarytmiczne. O 16.20 wystąpiło nagle pogorszenie się stanu zdrowia – wystąpiła bradykardia, ostry obrzęk płuc i podjęto akcję reanimacyjną w czasie której podano pacjentowi 700 mg H., 1/2 amp F., D. w pompie, (...) 2 amp. Podjęto także próbę intubacji, masowano klatkę piersiową, podano 1 amp F.. O godz. 17: 10 A. G. zmarł.

Na prośbę syna odstąpiono od wykonania badań anatomo-patologicznych.

Ustalił Sąd, że po śmierci męża powódka wystąpiła do Okręgowej Izby Lekarskiej w K. z wnioskiem o wszczęcie i przeprowadzenie postępowania w zakresie popełnienia przez lekarzy sprawujących opiekę nad jej mężem poważnych błędów, których skutkiem była jego śmierć. W postępowaniu tym ustalono, że postępowanie diagnostyczno - terapeutyczne przeprowadzone wobec A. G. było prawidłowe. Powódka złożyła zawiadomienie do Prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Osobami podejrzanymi, a następnie oskarżonymi w tej sprawie zostały dr A. S. - ordynator Oddziału(...) Szpitala Centrum Medycznego (...), dr R. F. i dr T. P., a postawiono im zarzut popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. Wyrokiem z dnia 6 listopada 2009 r. (sygn. akt (...)). A. S. został uznany winnym popełnienia zarzucanego mu czynu stanowiącego występki z art. 160 § 2 kk, za co wymierzono mu karę 1 roku i 6 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania kary na okres 2 lat; za winną popełnienia zarzucanego jej czynu uznana została także oskarżona R. F. i wymierzona jej została karna 1 roku pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonaniem na okres próby 2 lat; natomiast oskarżona T. P. została uniewinniona. Wyrok ten na mocy wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 4 marca 2010 r. ((...)) został uchylony i sprawa została przekazana do ponownego rozpoznania celem wyjaśnienia rozbieżności w przeprowadzonych dowodach z zeznań biegłych i dokonania prawidłowej oceny materiału dowodowego.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Rejonowy dla K. w K. wyrokiem z dnia 29 listopada 2011 r. (sygn. akt (...)) uznał A. S. i R. F. za winnych popełnienia czynu polegającego na tym, że w dniu 29 marca 2002 r. w K. - będąc lekarzem medycyny II st. specjalizacji z zakresu chorób wew. zatrudnionym w ZOZ Centrum Medyczne (...) w K. na stanowisku ordynatora Oddziału(...)( a R. F. będąc lekarzem prowadzącym pacjenta A. G.) na których z tego tytułu ciążył obowiązek opieki nad pacjentem A. G. - nieumyślnie narazili wymienionego pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia utrwalając i pogłębiając stan już istniejącego niebezpieczeństwa, wynikający z ogólnego stanu zdrowia A. G. dopuszczając się uchybień w zakresie diagnostyki i terapii, a w szczególności:

- nie zlecieli wykonania pacjentowi badań enzymatycznych, a to poziomu troponiny i CK -MB, co uniemożliwiło ustalenie rzeczywistych przyczyn migotania przedsionków u pacjenta, a w szczególności wykluczenie lub potwierdzenie faktu, iż przyczyną powyższego zakłócenia akcji serca był zawał mięśnia sercowego, co uniemożliwiło dalsze prawidłowe ukierunkowanie całego procesu terapeutycznego i spowodowało, iż prowadzone leczenie miało charakter objawowy,

- nie wydali zakazu wstawania pacjenta z łóżka i nie wprowadzili takiego zastrzeżenia do dokumentacji medycznej, nie przekazali go średniemu i niższemu personelowi, nie pouczyli o nim pacjenta,

- nie podjęli prawidłowej decyzji o umiarowaniu akcji serca pacjenta z zastosowaniem kardiowersji elektrycznej, w sytuacji, gdy stosowana od godziny ok. 5:30 rano terapia farmakologiczna nie była skuteczna, a nadto dopuścili do braku właściwej koncentracji w czasie podejmowanych decyzji terapeutycznych pomimo, iż na podstawie wiedzy towarzyszącej wykonywanemu zawodowi lekarza, doświadczeniu zawodowemu, zasadom postępowania z pacjentem możliwość pogorszenia stanu zdrowia, a nawet śmierci powinni i mogli przewidzieć, stanowiącego występki z art. 160 § 3 kk.

Ustalił Sąd, że zachowanie lekarzy było nieumyślne. Wyrokiem z dnia 10 maja 2012 r. Sąd Okręgowy (sygn. akt (...)) umorzył przedmiotowe postępowanie z powodu przedawnienia karalności zarzucanych oskarżonym czynów.

Przyczyna śmierci A. G. nie jest znana. Powodów śmierci i wariantów przebiegu choroby mogło być kilka

Zapisy EKG, a zwłaszcza pierwszy, wskazywał na możliwość niedokrwienia lub zawału mięśnia sercowego, przy czym nie zweryfikowano tego i nie rozpoznano. Postawiono błędną diagnozę – napadowe migotanie przedsionków i leczono chorego wg przyjętych założeń, że jest to napadowe FAP. Wyniki badań analitycznych nie sugerowały zawału, pacjent nie miał typowego silnego bólu w klatce, nie zgłaszał typowych dla zawału dolegliwości, stąd zawał było trudno rozpoznać na podstawie nietypowych objawów i EKG – z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, która zasłania zmiany niedokrwienne. Do czasu +zasłabnięcia w toalecie nie było podstaw do unieruchamiania pacjenta, a potem zachodziła potrzeba unieruchomienia w obawie przed kolejnym zasłabnięciem. Podłączenie kroplówki z potasem i magnezem w czasie umiarowania jest rutynowym postępowaniem, wstępnym, zanim przyjdą wyniki badań, do godz. 16.20 pacjent był w stanie stabilnym i nie było wskazań do kardiowersji elektrycznej. Kardiowersji nie wykonano.

Ustalił dalej Sąd, że A. G. był znacznie obciążony kardiologicznie i przed próbą umiarowania powinien być szczegółowo oceniony. Można było na wszelki wypadek zrobić CK – MB, Troponiny, ale w 2002 roku badania te były drogie, słabo dostępne i nie każdy szpital je wykonywał. Dziś stanowią one normę. Leczenie farmakologiczne było zgodne z ówczesną wiedzą, choć mało intensywne. Obecne standardy leczenia chorób serca są inne od tych z 2002 r. Chory był leczony cały czas. Miał robione EKG, podawane leki. Leczenie do godz. 16.20 było prawidłowe, nie obarczone błędem. Błędem było natomiast, że nie oceniono pacjenta pod względem hemodynamicznym – nie wykonano RTG klatki, nie wykonano ECHO – jeżeli były dostępne te badania w szpitalu. Zastrzeżenia budzi też akcja ratunkowa chorego, zwłaszcza brak podania atropiny, która mogłaby odblokować węzeł przedsionkowo – komorowy i spowodować przyspieszenie akcji serca. Nie ma jednak pewności, że atropina uratowałaby życie pacjenta, ale powinna być w takiej sytuacji podana. Na podstawie opinii biegłej Sąd ustalił prawdopodobne przyczyny zgonu A. G.. Podane w dowolnej kolejności są nimi: / niepożądana reakcja hemodynamiczna po podaniu leków na umiarowanie, w prawidłowych dawkach terapeutycznych, 2/ niepożądane działanie leków umiarowujących po zawale z 1994 r. i możliwym niedokrwieniem lub zawałem z 2002, 3/ zator do tętnicy płucnej, 4/ zator do mózgu z porażeniem, 5/ uszkodzenie węzła przedsionkowo – komorowego – napadowy blok przedsionkowo – komorowy, 6/ rozległy zawał mięśnia sercowego maskowany blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, 7/ mechaniczne uszkodzenie zastawki mitralnej w przebiegu wady serca lub ostrego niedokrwienia mięśnia brodawkowatego, 8/ pogorszenie zwężenia zastawki aortalnej w ciągu ostatniego roku,

A. G. pozostawał na rencie, pracował też jako ślusarz. Wysokość renty na dzień śmierci wynosiła 2066 zł brutto, a dodatkowe wynagrodzenie 600 - 700 zł netto. Powódka również pobierała rentę, w wysokości 1.100 – 1.200 zł netto. Po śmierci męża otrzymała świadczenie z ZUS w wysokości 1.765,37 zł miesięcznie brutto. Obecnie otrzymuje kwotę 2.400 zł netto.

Powódka i A. G. pozostawali w związku małżeńskim 40 lat, byli dobrym małżeństwem. Po śmierci męża powódka stała się samotna, płakała, w domu porozstawiała zdjęcia męża. Powódka mieszka z synem i jego rodziną, ma córkę. Nie partycypuje w kosztach utrzymania domu, w którym mieszka. Koszty te pokrywa w całości jej syn. Powódką opiekują

się jej dzieci oraz ich rodziny. Żyje śmiercią męża i udowadnianiem winy ludzi, którzy doprowadzili do takiej sytuacji. Wyłączyła się z kontaktów rodzinnych.

W grudniu 2008 roku powódka zawezwała stronę pozwaną przed Sądem Rejonowym dla K. w K. do próby ugodowej. Domagała się w złożonym wniosku kwoty 90.000 zł tytułem skapitalizowanej renty po zmarłym mężu. Kolejne zawezwanie do próby ugodowej miało miejsce w listopadzie 2011 r. w sprawie(...)

Stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów, zwłaszcza dokumentacji medycznej, opinii biegłej sądowej lek med. G. Ś. i zeznań przesłuchanych osób. Dokumenty nie budziły wątpliwości co do zgodności z prawdziwym stanem rzeczy, nie kwestionowały ich też strony.

Opinia sądowo lekarska sporządzona została przez osobę posiadającą odpowiednią wiedzę i kompetencje. Biegła opracowała ją głównie w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą leczenia A. G. w pozwanym Szpitalu ale także w oparciu o zeznania personelu medycznego tegoż Szpitala. Opinię uznał Sąd Okręgowy za kompletną i jednoznaczną, a wnioski za logiczne i stanowcze. Z opinii wynika, że do godziny 16.20 postępowanie diagnostyczno - terapeutyczne było prawidłowe. Zastrzeżenia biegłej budziła tylko sama akcja ratunkowa podjęta po godzinie 16.20, a zwłaszcza niepodanie atropiny. Opinia biegłej G. Ś. wraz z opinią uzupełniającą całościowo ocenia istotne kwestie, a jej rzetelność i fachowość nie budziły wątpliwości Sądu. Powódka nie wykazała, by informacje zawarte w dokumentacji medycznej były odmienne od rzeczywistego stanu rzeczy. W opinii wskazano, że wobec niewykonania sekcji zwłok A. G. trudno jest ustalić faktyczną przyczynę jego zgonu. Podkreślił Sąd, że biegła zwróciła uwagę na odmienne od współczesnych standardów postępowania w przypadku chorych na serce w 2002 r. oraz na ograniczoną wówczas możliwość wykonywania wszystkich niezbędnych badań.

Za wiarygodne w przeważającej części Sąd uznał zeznania świadków, interwenientów ubocznych oraz samej powódki odnośnie okoliczności dotyczących stanu zdrowia A. G., działań medycznych podjętych wobec niego w dniu 29 marca 2002 r. czy relacji łączących zmarłego z powódką a także sytuacji powódki po jego śmierci. Nie dał jednak Sąd wiary zeznaniom powódki i świadka L. S. w zakresie odnoszącym się do prawidłowości diagnostyki i leczenia A. G. gdyż wiadomości takie należą do wiadomości specjalnych, które na podstawie zeznań świadków i dokumentacji medycznej mogą ocenić tylko i wyłącznie biegli specjaliści.

Dokonując oceny prawnej Sąd Okręgowy wskazał, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej (art. 430 k.c.) obejmuje odpowiedzialność za czyny lekarzy i personelu medycznego, jak również za „winę organizacyjną”, którą należy przypisać zakładowi leczniczemu. Warunkiem powstania odpowiedzialności odszkodowawczej jest wykazanie przez poszkodowanego, że na skutek bezprawnego i zawinionego zachowania określonej osoby, powstała po jego stronie szkoda, a pomiędzy tym zachowaniem a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy. Odpowiedzialność bowiem odnosi się tylko do normalnych następstw działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła ( art. 361 § 1 k.c.). Przy czym gdy chodzi o ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, to też wystarczy ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego, o którego istnieniu decydują następstwa typowe, ustalone z odpowiednim prawdopodobieństwem. Wina w zakresie dotyczącym procesu leczenia może wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Błąd lekarski (medyczny) należy rozumieć ściśle jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Błąd ten może być błędem diagnostycznym lub błędem w leczeniu. Błąd medyczny, jako postępowanie sprzeczne z uznanymi zasadami wiedzy medycznej, może być zawiniony lub niezawiniony, ale tylko błąd zawiniony powodować może odpowiedzialność za wyrządzoną pacjentowi szkodę.

Zgodnie z art. 446 § 2 i 4 k.c. jeżeli wskutek czynu zabronionego następuje śmierć, pozostałym przy życiu przysługują roszczenia o zasądzenie renty, oraz o zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Wskazał Sąd, że ciężar wykazania okoliczności uzasadniających odpowiedzialność za błąd medyczny spoczywa na poszkodowanym czyli powódce zgodnie z art. 6 kc.

Zdaniem Sądu powódka wykazała, że w pozwanym Szpitalu lekarze dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej. Zwrócił Sąd uwagę, że nie jest możliwe w sposób pewny ustalenie przyczyny zgonu A. G., jednak w oparciu o opinię biegłej O. – Ś. można stwierdzić, iż personel pozwanego Szpitala dopuścił się zaniechania w procesie terapii męża powódki w trakcie akcji reanimacyjnej. Błędem było nie podanie choremu Atropiny, która mogłaby odblokować węzeł przedsionkowo – komorowy i spowodować przyspieszenie akcji serca. Jest to jedyny zasadniczy błąd jaki popełniono w czasie hospitalizacji A. G.. Nie ma pewności, że lek uratowałby pacjenta, ale powinien być podany. Błędy sprzed godziny 16.20 polegające na nietrafnym zinterpretowaniu zapisu EKG wykonanego pacjentowi w chwili jego przyjęcia do pozwanego Szpitala, a wskazującego na możliwość niedokrwienia lub zawału mięśnia sercowego nie miały charakteru zasadniczego. Nie wykonano też badania RTG klatki piersiowej i ECHO serca. Biegła jednak wyjaśniła, że w pierwszym przypadku stan kliniczny pacjenta jak i badania analityczne nie sugerowały zawału serca; pacjent nie miał typowego silnego bólu w klatce, nie zgłaszał typowych dolegliwości, jakie na ogół są przy zawale, stąd trudno było rozpoznać zawał na podstawie nietypowych, skąpych objawów i EKG – z blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, która zasłania zmiany niedokrwienne w drugim zaś odwołała się do ewentualnego braku możliwości wykonania w pozwanym Szpitalu wówczas w/w badań.

W takich okolicznościach uznał Sąd, że personelowi pozwanego szpitala należy przypisać błąd w sztuce lekarskiej, który w pewnym stopniu z dużym prawdopodobieństwem miał wpływ na nagłą śmierć A. G. w dniu 29 marca 2002 r. Błąd ten należy oceniać w kategoriach winy nieumyślnej pod postacią niedbalstwa. Podkreślił Sąd, że A. G. był znacznie obciążony kardiologicznie, zatem przed próbą umiarowania powinien być szczegółowo oceniony. Na tego rodzaju winę zwrócił Sąd karny uwagę także w wyroku z dnia 29 listopada 2011 r. w sprawie(...). Wyrok ten co prawda z uwagi na umorzenie postępowania się co prawda nie ostał, jednakże zdaniem Sądu Okręgowego nie pozostaje on bez znaczenia dla postępowania dowodowego w niniejszym postępowaniu gdyż podlega rozważeniu na podstawie art. 233 § 1kpc. Postępowanie lekarzy wobec męża powódki w pozwanym Szpitalu nie było w pełni prawidłowe, co uzasadnia odpowiedzialność strony pozwanej.

Odnosząc się do zgłoszonych przez powódkę roszczeń Sąd Okręgowy uznał, że roszczenie o zasądzenie skapitalizowanej renty nie zasługiwało na uwzględnienie. Zgodnie z art. 446 § 2 kc osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać także od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

Nie budziło wątpliwości Sądu, że po stronie zmarłego istniał obowiązek alimentacyjny wobec żony. Jednakże wbrew twierdzeniom pozwu na skutek śmierci A. G. nie doszło u powódki do zachwiania w zakresie zaspokajania jej potrzeb życiowych na dotychczasowym poziomie. Do takiego wniosku prowadzi porównanie dochodów powódki i jej męża oraz dochodów powódki jakie uzyskuje po jego śmierci. A mianowicie bezpośrednio po śmierci męża powódka uzyskiwała świadczenie z ZUS w wysokości niecałe 1800 zł brutto – tj. o ok. 700 zł więcej niż wyniosło jej osobiste świadczenie rentowe. Sam zmarły z tytułu renty i wynagrodzenia za pracę uzyskiwał ok 2200 zł. Pamiętać trzeba, że zmarły był osoba schorowaną, i z pewnością na same tylko leczenie przeznaczał znaczne kwoty. Obecnie powódka oprócz relatywnie większych dochodów jakie osobiście uzyskiwała przed śmiercią męża ( 2400 zł), może liczyć na pomoc swych dzieci, zwłaszcza syna i jego rodziny z którą mieszka nie ponosząc jakichkolwiek z tego tytułu kosztów.

Za częściowo uzasadnione natomiast uznał Sąd roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. w. z art. 24 § 1 k.c, a nie na podstawie art. 446 § 4 k.c. Kwestia podstawy prawnej zasądzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, gdy śmierć nastąpiła na skutek deliktu, który miał miejsce przed 3 sierpnia 2008 r. była wielokrotnie analizowana przez Sąd Najwyższy i ugruntowany jest pogląd, że podstawy prawnej roszczenia należy upatrywać w przepisach art. 448 k.c. w. z art. 24 § 1 k.c.

Nie zasługuje więc na uwzględnienie argumentacja pozwanego Szpitala co do braku podstaw prawnych do odpowiedzialności pozwanego Szpitala w niniejszej sprawie.

Bezpośrednim skutkiem śmierci A. G., za którą odpowiedzialność ponosi strona pozwana, było naruszenie dobra osobistego powódki w postaci prawa do posiadania członka rodziny, czy też szerzej - prawa do niezakłóconego życia rodzinnego. Na treść tego dobra składa się szczególna więź emocjonalna pomiędzy członkami rodziny i prawo do utrzymania tego rodzaju więzi - do niezakłóconego życia w rodzinie.

Na podstawie art. 24 kc ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie naruszenia dobra może on żądać, by osoba, która dopuściła się naruszenia dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Stosownie do art. 448 kc w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

W ocenie Sądu pierwszej instancji spełnione zostały przesłanki określone w wymienionych przepisach, co powoduje, że żądanie powódki zasądzenia zadośćuczynienia jest uzasadnione. Na skutek zdarzenia jakie miało miejsce w dniu 29 marca 2002 r. doszło do naruszenia dóbr osobistych powódki w postaci prawa do niezakłóconego życia w rodzinie, czy też prawa do posiadania członka rodziny. Śmierć poniósł mąż powódki, osoba jej najbliższa.

Oceniając rozmiar krzywdy doznanej przez powódkę, Sąd Okręgowy wskazał, że rozmiar cierpień i jego przełożenie na wysokość przyznanego zadośćuczynienia winien być indywidualnie ustalany na gruncie konkretnego stanu faktycznego. Pamiętać przy tym należy, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia winno uwzględniać jego kompensacyjną, represyjną i prewencyjną – wychowawczą funkcję. Charakter kompensacyjny ma polegać na wynagrodzeniu cierpień, jakich pokrzywdzony doznał na skutek naruszenia, dlatego wysokość zadośćuczynienia jest w pierwszym rzędzie uwarunkowana intensywnością cierpień i czasem ich trwania. Przełożenie w bezpośredni sposób rozmiaru krzywdy na określoną kwotę pieniędzy tytułem zadośćuczynienia nie jest możliwe. Przeżycia jakie są udziałem powódki nie dają się bowiem wyliczyć w pieniądzu. Zasądzona kwota winna stanowić swego rodzaju ekwiwalent poniesionej krzywdy, tak aby chociaż częściowo skompensować cierpienia doznane na skutek dokonanego naruszenia. W ocenie Sądu Okręgowego za adekwatną do charakteru skutków, jakie wywołało opisane zdarzenie w życiu rodzinnym powódki i rodzaju więzi, jaka łączyła ją ze zmarłym należy uznać kwotę 10.000 zł. Powódka nie wykazała, by po śmierci męża jej stan psychiczny uległ takiemu pogorszeniu, aby można było mówić o traumie wykraczającej poza zwyczajowe przeżywanie procesu żałoby po stracie osoby bliskiej. Powódka zamieszkała wraz z synem i jego rodziną, ma zagwarantowaną opiekę i wsparcie. Zwrócił Sąd uwagę, że zeznając koncentrowała się na wykazywaniu błędów popełnionych przez personel pozwanego Szpitala w stosunku do jej męża, zapominając o przedstawieniu okoliczności związanych z jej sytuacją osobistą po jego śmierci.

Nie podzielił natomiast Sąd podnoszonego przez stronę pozwaną i interwenientów zarzut przedawnienia. Do oceny przedawnienia roszczenia o zadośćuczynienie zastosowanie znajduje trzyletni termin przedawnienia określony w art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c, wedle którego roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. O dowiedzeniu się o szkodzie można mówić wtedy, gdy poszkodowany „zdaje sobie sprawę z ujemnych następstw zdarzenia wskazujących na fakt powstania szkody”, inaczej rzecz ujmując, gdy ma „świadomość doznanej szkody”. Świadomość ewentualnej szkody powódka miała w dacie śmierci męża, jednakże wiedzę o tym, kto jest zobowiązany do naprawienia szkody mogła powziąć w sposób kategoryczny dopiero w chwili wydania przez sąd karny wyroków skazujących lekarzy zatrudnionych w pozwanej placówce, co miało miejsce w listopadzie 2009 r. a następnie w listopadzie 2011 r. Powództwo wytoczone zostało w lipcu 2013 r, a zatem w terminie określonym w art.

442<sup>1</sup> § 1 k.c. Nawet jeżeli przyjąć najbardziej korzystaną dla pozwanego datę powzięcia przez powódkę informacji o osobach odpowiedzialnych tj. listopad 2009 r., to i tak termin przedawnienia liczony od tej daty został przez powódkę skutecznie przerwany poprzez złożenie wniosku z dnia 23 listopada 2011 r. o zawezwanie do próby ugodowej ( art. 123 § 1 pkt 1 k.c.). Roszczenie powódki nie uległo więc przedawnieniu.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc.

Apelację od wyroku wniosły obie strony.

Pozwany Szpital zaskarżył wyrok w zakresie w jakim Sąd uwzględnił powództwo i nie obciążył powódki kosztami procesu.

Wyrokowi zarzucił:

- naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 § 1 kpc poprzez dowolną ocenę dowodu z opinii biegłej G. O., w szczególności wskutek pominięcia treści ustnej opinii uzupełniającej – przesłuchania biegłej na rozprawie w dniu 24 października 2017 r., co doprowadziło do nieprawidłowych, nie wynikających z treści opinii i niezgodnych z zasadami prawidłowego rozumowania wniosków i błędne uznanie, że personel strony pozwanej dopuścił się zaniechania w procesie terapii męża powódki w trakcie akcji reanimacyjnej, podczas gdy prawidłowe odczytanie całości opinii biegłej prowadzi do wniosku, że w procesie leczenia A. G. nie doszło do popełnienia błędu medycznego w postaci bezprawnego i zawinionego działania lekarzy i personelu, ponieważ „przyczyna śmierci A. G. nie jest znana. Można przyjąć kilka powodów śmierci i wariantów przebiegu choroby”. „lekarze postępowali prawidłowo przy leczeniu męża powódki, akcja terapeutyczna była przeprowadzona prawidłowo jak również właściwe leki zostały podane”. „Lekarze nie popełnili zaniedbania w ocenie EKG. Retrospektywnie patrząc na to co się później stało z pacjentem dobrze byłoby, aby wzięto pod uwagę zawał. Moim zdaniem nie jest to błąd w sztuce, Postępowanie w 2002 r. z pacjentem było zgodne ze standardami w tamtym czasie. Problemem u pacjenta było albo niedokrwienie mięśnia sercowego albo niepożądane działanie leków, które podano prawidłowo” (zeznania biegłej), a stan chorego gwałtownie pogorszył się po prawidłowym podaniu leków na umiarowanie, gdyż wówczas spadła akcja serca, co pociągnęło za sobą „kaskadę niekorzystnych zdarzeń”, zaś ewentualne uznanie za niemodelowe postąpienia polegającego na nie podaniu atropiny, wynikające z obiektywnych okoliczności związanych ze stanem pacjenta oraz działaniem w stresie, nie stanowiło bezprawnego i zawinionego zachowania,

- naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na wynik sprawy, a to art. 235 § 1 kpc i art. 236 kpc oraz art. 278 § 1 i 224 § 1 kpc poprzez naruszenie zasady bezpośredniości i oparcie rozstrzygnięcia na dowodach nie wprowadzonych do procesu wskutek zaniechania wydania postanowień dowodowych, a to co do dokumentów powstałych w toku innych postępowań, w tym w szczególności do wyroku Sadu Rejonowego dla K.w K.z dnia 29 listopada 2009 roku w sprawie (...)wraz z uzasadnieniem oraz zgromadzonych w tamtym postępowaniu opinii innych biegłych, wskutek czego pozbawiono strony możliwości ustosunkowania się do tych dokumentów,

- naruszenie prawa materialnego, a to art. 361 kc w zw. Z art. 6 kc poprzez ich niewłaściwe zastosowanie wskutek uznania, że niepodanie atropiny przez lekarza wykonującego akcję reanimacyjną stanowiło zachowanie bezprawne i zawinione pozostające w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią A. G., podczas gdy z opinii biegłej wynika, że przyczyna śmierci A. G. nie jest znana. Można przyjąć kilka powodów śmierci i wariantów przebiegu choroby”. „Nie ma żadnej pewności, że atropina uratowałaby życie pacjenta”, zatem nie sposób przyjąć, by powódka sprostала ciężarowi udowodnienia faktu, z którego wywodziła skutki prawne,

- naruszenie prawa materialnego, a to art. 446 § 1 kc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie,

- naruszenie prawa materialnego, a to art. 117 § 2 kc w zw. Z art. 442<sup>1</sup> § 1 kc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i nieuwzględnienie podniesionego zarzutu przedawnienia, mimo upływu 11 lat od daty śmierci A. G. do dnia



wniesienia pozwu, braku skutecznego przerwania biegu przedawnienia wobec pozwanego, w szczególności wobec braku tożsamości roszczeń oraz pozorności czynności związanych z zawezwaniem pozwanego do próby ugodowej,

- naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na wynik sprawy, a to art. 102 kpc w zw. Z art. 328 § 3 kpc poprzez nie obciążenie powódki kosztami procesu, mimo braku podstaw do takiego postąpienia, w szczególności wobec oddalenia roszczenia w 90%, zwolnienia powódki od kosztów sądowych, a nadto zmiany sytuacji majątkowej powódki, która w wyniku złożenia w dniu 18 sierpnia 2012 roku skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zawarła w 2015 r. ugodę z Rzeczypospolitą Polską, na mocy której rząd wypłacił powódce uzgodnioną między stronami kwotę, a nadto brak wskazania w uzasadnieniu wyroku przyczyn nie obciążenia powódki kosztami procesu.

Wniosła strona pozwana o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

Powódka zaskarżyła wyrok w części w jakiej Sąd Okręgowy oddalił powództwo o zadośćuczynienie ponad kwotę 10.000 zł.

Zarzuciła naruszenie art. 448 kc w zw. z art. 24 § 1 kc poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i orzeczenie zadośćuczynienia za krzywdę wyrządzoną powódce w wyniku śmierci jej męża A. G. w kwocie rażąco niewspółmiernej do wysokości szkody będącej skutkiem błędów poczynionych przez lekarzy zajmujących się mężem powódki w czasie jego pobytu w pozwanym Szpitalu. Zarzuciła nadto poczynienie przez Sąd pierwszej instancji błędnych ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu leczenia A. G. w czasie hospitalizacji w Centrum Medycznym (...) w K., w szczególności w zakresie ilości i wagi błędów popełnionych przez lekarzy, które znajdują potwierdzenie w materiale dowodowym w postaci opinii biegłych zalegających w aktach sprawy karnej, co miało istotny wpływ na rozstrzygnięcie w przedmiocie zadośćuczynienia poprzez ustalenie przez Sąd pierwszej instancji, iż jedynym błędem lekarzy było niepodanie pacjentowi atropiny.

Wniosła powódka o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie na rzecz powódki od strony pozwanej kwoty 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz zasądzenie na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania.

### ***Po rozpoznaniu apelacji Sąd Apelacyjny zważył co następuje:***

Apelacja strony pozwanej jest uzasadniona, zaś apelacja powódki na uwzględnienie nie zasługuje.

Podstawowymi kwestiami spornymi są: czy lekarze w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym wobec A. G. dopuścili się błędu, a jeśli tak to czy ich ewentualne zaniedbania pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym ze skutkiem w postaci jego śmierci. Sporna pozostawała także wysokość ustalonego przez Sąd pierwszej instancji zadośćuczynienia, jednakże by rozważyć wysokość zadośćuczynienia należy najpierw przesądzić odpowiedzialność co do zasady.

W pierwszej natomiast kolejności należy odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego kwestionujących ocenę dowodów i ustalenia faktyczne, dopiero bowiem prawidłowo ustalony stan faktyczny poprzedzony niewadliwą w rozumieniu art., 233 kpc oceną dowodów może stanowić podstawę do zastosowania prawa materialnego i dokonania oceny prawnej.

Przepis art. 233 kpc statuuje zasadę swobodnej oceny dowodów, wedle której sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Granice swobodnej oceny dowodów wyznaczają przepisy prawa procesowego, zasady doświadczenia życiowego i reguły logicznego rozumowania. Dlatego też skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 kpc wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest wystarczające natomiast przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak np. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 6 listopada 1998 r. II CKN 4/98 – niepublikowane).

Dokonując oceny dowodów zgodnie z regułami określonymi w art. 233 § 1 kpc sąd winien wyprowadzić z zebranego materiału dowodowego logiczne wnioski, musi uwzględnić zasady określone przez prawo procesowe określone w przepisach art. 227 – 234 kpc oraz dominujące poglądy na stosowanie prawa. Dokonując oceny swobodnej sąd wykorzystuje własne przekonania, wiedzę, doświadczenie życiowe, uwzględnia zasady procedury i zasady logiki. Dowody winien sąd oceniać bezstronnie, racjonalnie, wszechstronnie. W odniesieniu do każdego dowodu winien Sąd ocenić jego wiarygodność, odnosząc się także do pozostałego materiału dowodowego. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, które Sąd Apelacyjny w pełni popiera i akceptuje, do naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (wyrok SN z dnia 16 grudnia 2005 r., III CK 314/05). Naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. może polegać na tym, iż Sąd z naruszeniem zasady swobodnej oceny dowodów przyjął za wiarygodny określony dowód lub też odmówił wiarygodności konkretnemu dowodowi. Strona, która podnosi taki zarzut musi przy tym wykazać, o jaki konkretnie dowód chodzi i na czym polega przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów (wyrok SN z dnia 10 listopada 2005 r., V CK 332/05). Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena Sądu (wyrok SN z dnia 8 kwietnia 2009 r., II PK 261/08). Strona podnosząca zarzut wadliwej oceny dowodów powinna wykazać, że przy ocenie wiarygodności i mocy dowodowej konkretnego dowodu, na podstawie którego sąd dokonał ustalenia faktycznego, przekroczone granice swobodnej oceny dowodów, a nadto, iż miało to istotny wpływ na wynik sprawy. Nie wystarczające jest zaprezentowanie własnych, korzystnych dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dla skarżącego oceny materiału dowodowego (por.: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Sąd Apelacyjny mając wątpliwości co do oceny postępowania lekarzy strony pozwanej jako stanowiącego błąd w sztuce lekarskiej, co do istnienia związku przyczynowego pomiędzy podjętymi działaniami diagnostycznymi i leczniczymi wobec A. G. oraz prawidłowości oceny opinii biegłej G. Ś. dopuścił dowód z uzupełniającej opinii tej biegłej.

Biegła G. Ś. wskazała, że po raz kolejny poddała ocenie EKG A. G. z dnia 29 marca 2002 roku godz. 5.42. dodatkowo porównała je z EKG wykonanym w styczniu 2002 roku.

Na podstawie tej opinii uzupełniającej Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, że istotne dla stwierdzenia niedokrwienia uniesienia odcinka ST powyżej 5 mm nie występują. Stwierdzono tylko, pojedyncze takie wychylenie, zatem nie zostało spełnione kryterium uniesienia odcinka ST, co oznacza, że nie ma podstaw do podejrzewania niedokrwienia w bloku lewej odnogi pęczka Hisa. Porównując to badanie z badaniem ze stycznia 2002 roku biegła stwierdziła, że zmiany w tym ostatnim EKG były podobne do tych w EKG z 29 marca 2002 r. g. 5.42 i tak samo nieczytelne dla niedokrwienia, co świadczy że blok lewej odnogi jest przewlekły, a nie świeży. Zmienność zmian w uniesieniu ST i nie przekroczenie w większości ewolucji QRS sztywnego kryterium powyżej 5 mm na podstawie samego EKG zupełnie nie daje podstaw do rozpoznania możliwości niedokrwienia w bloku lewej odnogi. Pozostałe kryteria również nie zostały spełnione. Czyli na podstawie EKG nie można było podejrzewać i rozpoznawać świeżego niedokrwienia i zawału serca. W EKG występują tylko zamiany ST typowe dla bloku lewej odnogi pęczka Hisa. EKG z dnia 29 marca 2002 r. godz. 5.42 było nieprawidłowe, wykazało zmiany świadczące o rozległych zaburzeniach przewodnictwa śródkomorowego wraz z cechami przerostu lewej komory, ale nie dawało podstawy do rozpoznania niedokrwienia.

Badanie EKG przeprowadzone w godzinach porannych przy przyjęciu A. G. do Szpitala nie dawało więc podstawy by podejrzewać u niego zawał serca. Nie występowały też inne charakterystyczne dla zawału objawy, zwłaszcza intensywny, silny ból w klatce piersiowej, który jest nie do przeoczenia. Podstaw do rozpoznania zawału nie dawała też kontrola markerów martwicy mięśnia serca. Aspat nie było podwyższone powyżej 2 do 10 razy, zaś wynik CPK był w normie. W takich okolicznościach nie można więc lekarzom postawić zarzutu, że wadliwie odczytali wynik badania

EKG i nie rozpoznali u pacjenta zawału serca, nawet jeśli ten zawał faktycznie wystąpił. Podkreślić należy, że jak wynika z opinii biegłej prawdopodobnych przyczyn śmierci A. G. jest co najmniej kilka, a zawał serca jest tylko jedną z nich, przy czym hipotetycznie każda z wymienionych przyczyn mogła być tą, która doprowadziła do śmierci męża powódki. Natomiast brak przeprowadzenia sekcji zwłok, o co zawniósł syn zmarłego, nie pozwoliło na ustalenie jaka w rzeczywistości była przyczyna śmierci.

Poza powyższą korektą mającą swoje źródło w uzupełnionym materiale dowodowym Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji i przyjmuje je za własne. Podziela też dokonaną przez ten Sąd ocenę dowodów.

Zwrócić też trzeba uwagę, że postępowanie lekarzy trzeba oceniać na gruncie wiedzy medycznej i standardów jakie występowały w 2002 roku, a nie obecnych. Nie ulega wątpliwości, że w czasie ostatnich kilkunastu lat zaszły w tym względzie bardzo duże zmiany. Dotyczy to np. badania CK-MB, Troponiny, które wówczas było słabo dostępne, nie w każdym szpitalu można je było wykonać – w pozwanym wówczas nie było takiej możliwości, a dzisiaj te badania są powszechnie stosowane. Biegła w swojej opinii wyraźnie podkreślała, że dzisiaj są zupełnie inne standardy diagnozowania i leczenia zawału serca.

W dniu 29 marca 2002 r. nie było podstaw do rozpoznania i podejrzenia u A. G. zawału serca. Do pozwanego Szpitala został on przyjęty z powodu napadowego kołatania serca, jakim było migotanie przedsionków, zwłaszcza że migotanie przedsionków miewał już wcześniej. Nie do końca było też jasne ile to migotanie już trwało zanim pacjent zgłosił się do szpitala. Podjęta próba umiarowania farmakologicznego była prawidłowym działaniem, leki podawane były w dawkach terapeutycznych, zgodnie z zasadami, skończyła się jednak zgonem. Zwrócić trzeba uwagę, że biegła jako możliwe przyczyny zgonu A. G. wskazała między innymi niepożądaną reakcję hemodynamiczną po podaniu leków właściwych na umiarowanie, czy niepożądane działanie leków umiarowiających u pacjenta po zawale mięśnia sercowego w 1994 r. i możliwym niedokrwieniem lub zawałem w 2002 r.

Podtrzymała biegła wyrażone już wcześniej stanowisko, że nie było wskazań do pilnej kardiowersji elektrycznej z powodu napadu migotania przedsionków. Zastosowano umiarowanie farmakologiczne, w czasie którego doszło do masywnego obrzęku płuc oraz zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo – komorowego z następowym nieodwracalnym zatrzymaniem akcji serca. Wskazała też, że w chwili przyjęcia do Szpitala pacjent nie był w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia i nie musiał być hospitalizowany na wysokospecjalistycznym oddziale kardiologii.

W ocenie Sądu Apelacyjnego opinia biegłej G. Ś. jest materiałem dowodowym opracowanym w sposób rzetelny, zgodnie z posiadaną przez biegłą wiedzą medyczną. Biegła odniosła się także do zarzutów zgłoszonych przez powódkę i w sposób jak najbardziej przystępny starała się przybliżyć kwestie diagnostyki A. G. i podejmowanego leczenia oraz możliwych przyczyn zgonu. Ostatecznie więc Sąd uznał opinię za materiał dowodowy, który winien stanowić podstawę do czynienia ustaleń faktycznych. Opinia jest przekonująca oparta głównie o dokumentację lekarską zmarłego. Oczywiście jest, że dla oceny stanu zdrowia pacjenta, stawianej diagnozy, leczenia najbardziej przydatnym i miarodajnym materiałem jest dokumentacja lekarska, dowody osobowe mogą zaś mieć tylko znaczenie uzupełniające.

Biegła w opinii podstawowej stwierdziła, że jej zastrzeżenia budzi sposób prowadzenia akcji reanimacyjnej, a konkretnie nie podanie atropiny, która mogłaby przyspieszyć akcję serca. Sąd dopatrzył się w tym błędzie lekarskiego, który skutkuje odpowiedzialnością strony pozwanej.

Zwrócić przy tym należy uwagę, że jednocześnie biegła wyjaśniła, że prawdopodobnie po podaniu leków, które miały doprowadzić do umiarowania doszło do zablokowania węzła przedsionkowo komorowego i do zwolnienia, a potem zatrzymania akcji serca. Tak się zdarza przy próbach umiarowania pacjenta nawet w zdrowym sercu i jest to reakcja wliczona w działanie niepożądane leku. Powinno się wówczas podać atropinę, jednakże nie wiadomo czy podanie tego leku uratowałoby życie pacjenta, bowiem leczenie piorunującego obrzęku płuc zawsze raczej prowadzi do niepowodzenia.

Pamiętać trzeba, że szkoda na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Lekarzowi można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności każdego lekarza jako jego staranności zawodowej.

Udowodnienie wszystkich przesłanek odpowiedzialności spoczywa na powodzie, powódka zaś zdaniem Sądu Apelacyjnego obowiązki temu nie sprostала.

Jak już wskazano wyżej zarówno badanie EKG wykonane pacjentowi przy przyjęciu do szpitala, wyniki badań jak i wskazywane przez pacjenta dolegliwości oraz wcześniejsze występujące migotanie przedsionków nie uzasadniały przyjęcia, że u A. G. wystąpił zawał serca. Nie sposób więc lekarzom postawić zarzutu niewłaściwego, zawinionego postępowania tak w zakresie diagnozy jak i podjętego leczenia. Jeszcze raz zwraca też Sąd uwagę, że brak przeprowadzenia sekcji zwłok nie pozwolił na ustalenie faktycznej przyczyny śmierci, a prawdopodobnych przyczyn mogło być bowiem co najmniej kilka.

Jedną z przesłanek odpowiedzialności jest istnienie adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 kc) między bezprawnym, zawinionym działaniem lub zaniechaniem, a skutkiem, którym w tym przypadku jest śmierć.

Ustalając czy pomiędzy przyczyną, a skutkiem zachodzi adekwatny związek przyczynowy, w pierwszej kolejności należy stwierdzić czy pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania, a w szczególności czy dany fakt będący przyczyną był koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, czyli czy bez niego skutek wystąpiłby. Tylko pozytywna odpowiedź daje podstawę by powiązania traktować jako „normalne” czyli typowe.

Przy czym gdy chodzi o ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, to też wystarczy ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego, o którego istnieniu decydują następstwa typowe, ustalone z odpowiednim prawdopodobieństwem. W sprawach tego rodzaju związek przyczynowy wprawdzie nie musi być ustalony ze stu procentową pewnością. Jednakże nie chodzi tylko o jakiegokolwiek prawdopodobieństwo, ale prawdopodobieństwo znaczne.

W tej kwestii nie podziela Sąd oceny Sądu pierwszej instancji, że związek przyczynowy pomiędzy niepodaniem pacjentowi atropiny, a jego śmiercią został wykazany z dostatecznie dużym prawdopodobieństwem. Na taką ocenę nie pozwala po pierwsze brak ustalenia faktycznej przyczyny śmierci, po drugie zaś biegła co prawda wyraziła swoje zastrzeżenia co do niepodania atropiny w trakcie akcji reanimacyjnej, ale równocześnie wyraziła wątpliwości czy atropina by pomogła, skoro leczenie piorunującego obrzęku płuc z reguły kończy się niepowodzeniem. Skoro więc nie wykazane zostało z dużym prawdopodobieństwem, że to właśnie brak podania atropiny doprowadził do śmierci pacjenta, nie sposób uznać, że pomiędzy niepodaniem atropiny, a śmiercią istnieje adekwatny związek przyczynowy.

Ponadto jak już wyżej wskazano brak jest podstaw do uznania za błąd lekarski nierozpoznanie zawału, tym bardziej że nie wiadomo czy zawał faktycznie wystąpił.

Nie ulega wątpliwości, że w niniejszym postępowaniu brak jest podstaw do zastosowania art. 11 kpc. Moc wiążącą ma bowiem tylko prawomocny wyrok skazujący. Przeciwno lekarzom pozwanego Szpitala toczyło się wprawdzie postępowanie karne, sąd pierwszej instancji uznał ich winnymi przestępstwa z art. 160 § 3 kk polegającego na tym, że będąc lekarzami na których ciążył obowiązek opieki nad pacjentem A. G. nieumyślnie narazili go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia utrwalając i pogłębiając stan już istniejącego niebezpieczeństwa, wynikający z

ogólnego stanu zdrowia pacjenta, dopuszczając się uchybień w zakresie diagnostyki i terapii, jednakże ostatecznie Sąd drugiej instancji wyrokiem z dnia 10 maja 2012 roku postępowanie to umorzył z powodu przedawnienia karalności zarzucanych czynów.

Zwrócić również trzeba uwagę, że ocena diagnostycznych i leczniczych działań podejmowanych przez lekarzy była różna, tak w postępowaniu karnym jak i niniejszym postępowaniu, a także w postępowaniu przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w K..

Sąd cywilny nie jest związany wskazanymi wyrokami w sprawie karnej i ma obowiązek samodzielnie ustalić czy istnieją wszystkie przesłanki odpowiedzialności cywilnoprawnej strony pozwanej.

Zwrócić też trzeba uwagę, że w niniejszym postępowaniu rozpatrywana jest odpowiedzialność strony pozwanej za skutek w postaci śmierci męża powódki. Tymczasem zarzuty stawiane oskarżonym lekarzom w postępowaniu karnym dotyczyły narażenia na niebezpieczeństwo i nie obejmowały skutku w postaci śmierci.

Oczywiście uwzględnia Sąd, że w sprawach lekarskich istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być ustalone w sposób pewny i zastosowanie znajduje dowód prima facie, jednakże brak ustalenia faktycznej przyczyny zgonu, nie pozwala na zastosowanie tej konstrukcji.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 235 § 1 kpc i art. 236 kpc oraz art. 278 § 1 i 224 § 1 kpc poprzez naruszenie zasady bezpośredniości i oparcie rozstrzygnięcia na dowodach nie wprowadzonych do procesu wskutek zaniechania wydania postanowień dowodowych, podziela Sąd stanowisko, że oczywiście o ile chciał Sąd w celach dowodowych wykorzystać dokumenty zgromadzone w aktach dotyczących innych postępowań, powinien był dopuścić dowody z konkretnych dokumentów i wydać w tym celu stosowne postanowienie dowodowe. Rzeczywiście w uzasadnieniu wyroku Sąd powołał się na dokumenty z akt sprawy karnej, opinie sądowo – lekarskie sporządzone w tej sprawie oraz na opinię sporządzoną w postępowaniu przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w K.. Nie sposób jednak uznać, że uchybienie miało wpływ na wynik sprawy. Dokumenty te bowiem posłużyły tylko do ustalenia, że takie postępowania się toczyły i jaki był ich wynik oraz jakie były wnioski opinii opracowanych w tych postępowaniach. Okoliczności te natomiast jak się wydaje nie były sporne. Natomiast odpowiedzialność strony pozwanej Sąd przyjął opierając się na opinii, którą zlecił w toku niniejszego postępowania. Zwrócić trzeba uwagę, że odmiennie niż w opiniach w sprawie karnej ustalił na czym miał polegać błąd lekarzy strony pozwanej.

Uznając brak podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności bezprzedmiotowe stały się rozważania tak odnoszące się do zarzutu przedawnienia jak i zawartego w apelacji powódki zarzutu naruszenia art. 448 kc w zw. z art. 24 § 1 kc.

Nadto na marginesie tylko Sąd zauważa, że Sąd Okręgowy nie mógł dopuścić się naruszenia art. 446 § 1 kc bowiem powódka nie dochodziła w niniejszym postępowaniu roszczeń objętych tym przepisem i nie znajdował on w sprawie zastosowania.

Nie znajduje natomiast Sąd podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia art. 102 kpc poprzez nieobciążenie powódki kosztami.

Zgodnie z powołanym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepis ten realizujący zasadę słuszości, stanowi wyjątek od ogólnej reguły obciążania stron kosztami procesu, zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę jest zobowiązana zwrócić przeciwnikowi, na jego żądanie, wszystkie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (art. 98 § 1 k.p.c.). Hipoteza przepisu art. 102 k.p.c., odwołująca się do występowania "wypadków szczególnie uzasadnionych", pozostawia sądowi orzekającemu swobodę oceny, czy fakty związane z przebiegiem procesu, jak i dotyczące sytuacji majątkowej strony, stanowią podstawę do nieobciążania jej kosztami procesu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, sygn. akt: I CZ 110/07, niepubl.). Do kręgu "wypadków szczególnie uzasadnionych" należą zarówno okoliczności związane z samym przebiegiem procesu, jak i

leżące na zewnątrz. Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie natomiast wyznacza sytuacja majątkowa strony, z tym zastrzeżeniem, że niewystarczające jest powoływanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych i ustanowienia pełnomocnika z urzędu. Całokształt okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie tego wyjątku, powinien być oceniony z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 1 grudnia 2011 r., I CZ 26/11, niepubl. oraz z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, niepubl.). Zastosowanie uregulowania zawartego w treści art. 102 k.p.c. warunkuje tym samym wykazanie przez potencjalnego jego beneficjenta, że zarówno charakter sprawy, jak i jego sytuacja osobista są na tyle szczególne, że usprawiedliwiają sięgnięcie po zasady słuszności w miejsce stosowania w odniesieniu do obowiązku ponoszenia kosztów procesu, ogólnej reguły odpowiedzialności za wynik sprawy.

Odnosząc powyższe do niniejszej sprawy Sąd uznał, że zachodzą podstawy do nieobciążania powódki kosztami procesu. Uzasadnia to przede wszystkim charakter sprawy i subiektywne przekonanie powódki, które zresztą na różnych etapach postępowań karnego i cywilnego było potwierdzane. Oceniany przypadek z pewnością nie był jednoznaczny, o czym świadczy choćby treść opinii sądowo – lekarskich opracowanych na potrzeby postępowania karnego, cywilnego oraz przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Z tych względów istnieją podstawy do uznania, że jest to wypadek szczególnie uzasadniony, o jakim mowa w art. 102 kpc.

***Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok i powództwo oddalił.***

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc z przyczyn analogicznych jak wskazane wyżej.

SSA Anna Kowacz – Braun SSA Regina Kurek SSA Teresa Rak