

Sygnatura akt XVIII C 774/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 22 września 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Iwona Godlewska

Protokolant: sekretarz sądowy Iwona Kucemba

po rozpoznaniu w dniu 22 września 2016 r. w Poznaniu

sprawy z powództwa E. W.

przeciwko Szpitalowi (...) w P.

o zapłatę

1. Oddała powództwo;
2. Zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 8.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

/-/SSO I. Godlewska

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym do Sądu Okręgowego w Poznaniu w dniu 1 grudnia 2014 r. powódka E. W. domagała się zasądzenia od pozwanego Szpitala (...) w P. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, a nadto zasądzenia od pozwanego na jej rzecz renty stałej w wysokości 600 zł tytułem naprawienia wyrządzonej szkody płatnej do dnia 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami od daty wniesienia pozwu. Powódka również wniosła o zwolnienie od kosztów sądowych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 28 września 2012 r. zmarł jej mąż. Zdaniem powódki zgon nastąpił w wyniku nieprawidłowego postępowania fachowych pracowników pozwanego Szpitala, który udzielał mu pomocy w nagłym zagrożeniu życia i zdrowia. Wykonano badanie koronarograficzne, jednakże w okresie po przebyciu tego inwazyjnego zabiegu diagnostycznego zgłaszane przez jej męża objawy, mogące świadczyć o wystąpieniu powikłań. Nie wdrożono działań rozpoznawczych, uznając, że zgłaszane bóle w okolicy klatki piersiowej i pogorszenie ogóle samopoczucia chorego w tym czasie, są normalnym następstwem w tego typu przypadkach. Powódka wskazała, że z badania pośmiertnego wynika, iż w związku z uszkodzeniem związanym z wykonaną wcześniej koronarografią doszło do wytworzenia nieprawidłowego połączenia pomiędzy światłem aorty, a sąsiednią przestrzenią, tzn. workiem osierdziowym i na tej drodze do wnętrza worka osierdziowego w niewielkiej ilości, ale przez znacząco długi czas, a w tego wyniku najpewniej pacjent odczuwał: ucisk, rozpieranie i ból w okolicy przedsercowej, które to objawy zgłaszał personelowi oddziału. Wówczas to lekarz zalecał silne leki przeciwbólowe jak morfina. Zdaniem powódki lekarz dyżurny oddziału powinien bardziej starannie dokonać ustalenia przyczyn narastania objawów, jakie powstały w tak wczesnym okresie po koronarografii. Objawy narastającej niewydolności oddechowej i dolegliwości rozpierającego bólu w klatce piersiowej były sygnałem możliwych powikłań jatrogennych i w związku z tym w/w reakcja, czyli postępowanie lekarza oddziału godziło w zasady staranności i ostrożności zawodowej, jaka spoczywa na każdym lekarzu w myśl przepisu art. 355 § 2 k.c.

Postanowieniem z dnia 30 grudnia 2014 r. Sąd zwolnił powódkę od wpisu od pozwu ponad kwotę 10.000 zł, jednocześnie oddalając wnioski w pozostałym zakresie. Postanowieniem z dnia 26 lutego 2015 r. Sąd Apelacyjny w Poznaniu oddalił zażalenie powódki na w/w rozstrzygnięcie.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych, w tym kosztów opłat skarbowych od udzielonych pełnomocnictw. Pozwany domagał się również przyznania (...) S.A. Inspektorat w P. wskazując, że udział tego podmiotu po stronie pozwanej jest konieczny.

Uzasadniając żądanie pozwany wskazał, że był ubezpieczony od odpowiedzialności odszkodowawczej w (...) S.A. III Inspektorat w P. i w przypadku zasądzenia zadośćuczynienia i odszkodowania pozwany wystąpi z żądaniem do przyzwanego o pokrycie ewentualnie wypłaconej kwoty. Pozwany wyjaśnił, że powódka swoje roszczenie opierała na deliktowej odpowiedzialności personelu medycznego (bliżej niezidentyfikowanego) udzielającego świadczeń zdrowotnych mężowi powódki w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej pozwanego, zarzucając mu nienależyte wykonywanie swoich obowiązków. Pozwany zakwestionował roszczenia powódki zarówno co do zasady jak i wysokości. Podniesiono, iż powódka w żaden sposób nie wykazała ani wysokości swoich usprawiedliwionych potrzeb, ani też zarobkowych i majątkowych możliwości zmarłego męża. W żaden sposób nie udowodniła, iż uzyskiwane przez nią środki nie pozwalają jej po śmierci męża na zaspokojenie potrzeb rodziny na dotychczasowym poziomie. Zatem żądanie zasądzenia na jej rzecz renty w wysokości 600 zł miesięcznie ma charakter dowolny, nieoparty żadnymi dowodami. W ocenie pozwanego działania personelu medycznego, w tym lekarza dyżurnego były zgodne z zasadami leczenia pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym. Ponadto powódka w żaden sposób nie wykazała związku pomiędzy stwierdzeniem w sekcji zwłok 200 ml krwi w worku osierdziowym męża powódki, a zdaniem powódki pozbawionymi należytej staranności i ostrożności działaniami fachowego personelu pozwanego. Pozwany szczegółowo opisał zakres udzielonych świadczeń medycznych i wykonanych badań mężowi powódki. Zdaniem ozwanego w czasie koronarografii nie można rozpoznać tamponady worka osierdziowego tzw. „poglądem radiologicznym”. W czasie koronarografii nie doszło do uszkodzenia żadnego naczynia, które mogłoby być źródłem krwawienia do worka osierdziowego. W ocenie pozwanego po badaniu sekcyjnym krew w worku osierdziowym oraz krwiak w okolicach podstawy serca to najprawdopodobniej skutek reanimacji pacjenta (masaż serca).

Przyzwanym nie zdecydował się przystąpić do procesu w charakterze interwenienta ubocznego.

W toku postępowania strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka E. W. oraz W. W. zawarli związek małżeński w dniu 13 sierpnia 1977 r. Mąż powódki był osobą obciążoną kardiologicznie, albowiem chorował na nadciśnienie tętnicze, które było leczone przez 6 lat. Nadto był obciążony uzależnieniem od nikotyny przez 30 lat – palił ok. 20 papierosów dziennie.

W dniu 27 września 2012 r. W. W. około godziny 17:00 podczas jazdy samochodem zasłabł, odczuwając również ucisk w klatce piersiowej. Zatrzymał się na poboczu i stracił przytomność. Po odzyskaniu świadomości poczuł dyskomfort w klatce piersiowej, który odczuwał nadal. Wcześniej podobne dolegliwości mąż powódki odczuwał pół roku wcześniej. Wezwane pogotowie ratunkowe zawiozło W. W. do Szpitala w Ś., gdzie rozpoznano ostry zawał serca z uniesieniem odcinka ST ściany dolnej. Podano mu Aspirynę 300 mg, P. oraz jedną ampulkę A..

Następnie W. W. zostały przywiezione ze Szpitala w Ś. z rozpoznaniem zawału serca ściany dolnej celem leczenia inwazyjnego do Szpitala (...) w P.. Mąż powódki został przyjęty o godzinie 17:59. Na Izbie Przyjęć przyjęła pacjenta lekarz K. R.. Mąż powódki nadal odczuwał poczucie dyskomfortu w klatce piersiowej, pozostawał względnie wydolny krążeniowo, odnotowano u niego niskie wartości ciśnienia tętniczego. Doktor K. R. zleciła zrobienie badań, w wyniku których okazało się, że w badaniu EKG wcześniejsze zmiany w znacznym stopniu wycofały się, ale widoczne były zmiany sugerujące ostry zawał ściany dolnej serca. W badaniach laboratoryjnych były odchylenia w zakresie

wyniku badania krwi: leukocytoza – podwyższony poziom białych krwinek, łagodna niedokrwistość, parametry oceniające ilość i jakość czerwonych płytek poniżej lub w dolnych granicach normy. Inne nieprawidłowe parametry, to podwyższony poziom D – dimerów, podwyższony poziom hs CRP. Markery uszkodzenia mięśnia sercowego (Troponina, CK CK- MB) pozostawały niepodwyższone pomimo dwukrotnego oznaczenia, przy czym badania te zostały zlecone przy przyjęciu, a wykonane co najmniej w odstępie czterogodzinnym.

Po przyjęciu W. W. został przekazany na Oddział Kardiologiczny, gdzie został umieszczony na Sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, gdzie są przyjmowani pacjenci z rozpoznaniem OZW- STEMI ściany dolnej (ostrego zespołu wieńcowego). W pierwszej kolejności skierowano go na badanie koronarograficzne. Przed badaniem dostał 5000 j. heparyny (lek przeciwkrzepliwy). Nie wykazano w tym badaniu istotnych zwężeń tętnic wieńcowych, zwężenie wyniosło 30 i 40%, czyli poniżej stanu krytycznego. Natomiast wykazano angiograficzne zmiany miażdżycowe tętnic wieńcowych. Zabieg koronarografii wykonany został przez wykwalifikowanego operatora i przebiegał sprawnie.

W. W. po zabiegu koronarograficznym przebywał w wymuszonej pozycji leżącej w związku z wcześniejszym nakłuciem tętnicy udowej i koniecznym uciskiem tego miejsca poprzez specjalnie założony opatrunek. Mąż powódki zgłaszał personelowi medycznemu niecharakterystyczne dolegliwości bólowe bardzo częste u pacjentów w jego sytuacji. Dolegliwości bólowe zanikały, pojawiały się, ale nie narastały.

Po powrocie na Oddział wykonano u męża powódki badanie echokardiograficzne, które kompleksowo oceniło budowę i funkcjonowanie serca. Badanie wykazało symetryczny, znacznego stopnia przerost mięśnia lewej komory oraz zaburzenia funkcji rozkurczowej świadczące o poważnych narządowych zmianach przewlekłych w związku z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym. W tym samym badaniu nie stwierdzono wykładników innych ostrych stanów kardiologicznych w tym tamponady serca, albowiem nie stwierdzono w osierdziu nadmiernej ilości płynu. Prawa komora była niepowiększona. Równoległe w zapisie EKG nie było przyspieszonego ruchu serca – był prawidłowy.

Z uwagi na utrzymujące się cały czas dolegliwości bólowe w klatce piersiowej podano pacjentowi niewielkie ilości morfiny. Otrzymał także clexane 80 mg. Zlecono, aby kontynuować podawanie leków: plavix i polopirynę po 75 mg oraz Fortis 80 mg. Kontynuowano leczenie zastosowane przez zespół ratownictwa medycznego – leczenie przeciwbólowe. Wykonano też RTG klatki piersiowej, które nie uwidocznilo istotnych nieprawidłowości. Zdjęcie RTG nie potwierdziło odmy, złamania żeber ani ciała obcego.

Lekarz dyżurny zalecił ściśle monitorowanie W. W.. Przebywał on w związku z tym w warunkach sali monitorowanej EKG oraz zlecono pomiar RP co 30 min. Poza tym monitorowano rytm serca i ciśnienie. Z kart obserwacyjnych wynikało, iż ogólny stan znormalizował się, gdyż ciśnienie skurczowe nie było obniżone.

W dniu 28 września 2012 r. o godzinie 5:00 doszło do nagłego zatrzymania krążenia, przy zachowanej czynności serca 80-90/min., z brakiem pulsu na obwodzie (tzw. rozkojarzenie elektro-mechaniczne). Jest to sytuacja, gdzie pomimo stwierdzanej czynności elektrycznej serca, nie generuje ono istotnego czynnościowo wyrzutu krwi, czyli tętna. Personel medyczny podjął zaawansowane czynności reanimacyjne, tj. intubację, sztuczny oddech, zewnętrzny masaż serca. Od pierwszych minut reanimacji u pacjenta zaobserwowano obustronnie szerokie źrenice. Pomimo intensywnie prowadzonej akcji reanimacyjnej przez zespół anestezjologiczny i dyżurnego kardiologa, brak było postępu reanimacji. Czynności reanimacyjne okazały się nieskuteczne i o godzinie 5:31 stwierdzono zgon i odstąpiono od dalszych czynności reanimacyjnych.

Dowód: kopia skróconego odpisu aktu małżeństwa (k. 204), dokumentacja medyczna (k. 25-27, 29-84, 137-186), zeznania świadka K. R. (k. 215-216), zeznania świadka K. B. (k. 216-218), zeznania świadka A. S. (k. 238-239), zdjęcie W. W. z S. (k. 23, 235), opinia biegłego kardiologa M. O. (1) wraz z opinią uzupełniającą (k. 270-276 ,294-300).

W karcie statystycznej wydanej do karty zgonu jako przyczyny zgonu wskazano: ostry zespół wieńcowy – abortowane (...), nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego, nadciśnienie tętnicze w wywiadzie oraz nagłe zatrzymanie oddechu.

W Szpitalu (...) im. K. M. w P. wykonano sekcję zwłok. W wynikach sekcji zwłok wskazano: tamponada serca (ilość krwi w worku osierdziowym ok. 200 ml), krwiak w okolicy podstawy serca zajmujący tkanki okolicy tętnicy wieńcowej prawej i tętnicy okalającej, znacznego stopnia przerost dośrodkowy serca (ciężar serca – 600 g), głównie przegrody międzykomorowej (grubość w górnym odcinku – 3,0 cm) i ściany wolnej lewej komory (grubość ściany 2,5 cm), ognisko niedokrwienne w górnej części ściany przedniej lewej komory serca, zmiany miażdżycowe (głównie aorty) o niewielkim nasileniu, przekrwienie bierne świeże płuc, niedokrwienie kory nerek, przekrwienie bierne wątroby, stan po koronarografii.

W uzupełnieniu do rozpoznania sekcyjnego nr S 119, po ostatecznym rozpoznaniu (po badaniu mikroskopowym) stwierdzono, że zgon męża powódki był wynikiem ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej związanej z krwawieniem do worka osierdziowego. Zarówno w badaniu sekcyjnym jak i w badaniu mikroskopowym pobranych wycinków nie znaleziono uszkodzenia ciągłości ściany głównych naczyń wieńcowych i naczyń postawy serca. Krwiak w tkance tłuszczowej okolicy podstawy serca leżący w okolicy tętnicy wieńcowej prawej i tętnicy okalającej nie jest związany bezpośrednio z żadną z nich. Widoczny w centrum „cień” może odpowiadać cienkościennemu naczyniu, które stało się źródłem tamponady. Świeże zmiany niedokrwienne – niedotlenienie w mięśniu sercowym wynikające z tamponady i ostrej niewydolności lewokomorowej serca nałożyły się na wcześniejsze o typie przewlekłej niedokrwiennej choroby serca.

Dowód: wyniki sekcji zwłok z opracowaniem histologicznym (k. 24, 187), karta statystyczna do karty zgonu (k. 28), uzupełnienie do rozpoznania sekcyjnego nr S 119 (k. 188), kopia odpisu aktu zgonu (k. 203).

Ponieważ będący przyczyną hospitalizacji ostry zespół wieńcowy powstał u W. W. w mechanizmie naczynioskurczowym, więc epizod mógł z dużym prawdopodobieństwem powtórzyć się ponownie, a zwłaszcza w godzinach porannych. Niedokrwienie mięśnia doprowadzić mogło do nagłego zatrzymania krążenia. U męża powódki ściany lewej komory serca były trzykrotnie grubsze niż serca zdrowego. Tak zaawansowana choroba organiczna serca jaką miał W. W. pretenduje do nagłego zatrzymania krążenia, zmniejsza też szanse powodzenia akcji reanimacyjnej. Znacznie pogrubiałe serce może być mało podatne na reanimację i masaż pośredni. Krwiak w osierdziu był zjawiskiem wtórnym do długotrwałej reanimacji.

Przeciw śmierci w mechanizmie tamponady serca przemawia fakt, że W. W. nie prezentował podczas pobytu na S. intensywnego nadzoru kardiologicznego objawów typowych dla tamponady serca, czyli niskich wartości RR oraz szybkiej akcji serca. Objawy mogące odpowiadać obrazowi tamponady miały miejsce przed przyjęciem do szpitala oraz w początkowej fazie hospitalizacji. Badanie echokardiograficzne wykonane po tym jak prezentował objawy tamponady nie wykazało obecności płynu w osierdziu.

Diagnostyka i leczenie abortowanego zawału (rozpoznane schorzenie u męża powódki) polegała na wykonaniu koronarografii, włączeniu leczenia przeciwplatekowego i monitorowania chorego. Warunki te zostały spełnione. W kontrolnych zapisach EG nie było cech nawrotu zawału serca. Na podstawie dokumentacji medycznej nie można jednoznacznie stwierdzić, czym był spowodowany duży przerost mięśnia sercowego W. W., jednakże istnieje poważne podejrzenie współistnienia u chorego pierwotnej kardiomiopatii przerostowej.

Obecność krwiaka w okolicy przedsercowej stwierdzonego w badaniu autopsyjnym najprawdopodobniej wynika z prowadzonej akcji reanimacyjnej. Akcja reanimacyjna polega na wielokrotnych uciśnięciach klatki piersiowej. Szacując, iż akcja reanimacyjna z towarzyszącym zewnętrznym masażem serca trwała 31 minut, przy około 100 uciśnięciach klatki piersiowej na minutę daje w sumie około 3 tysięcy uciśnień okolicy przedsercowej klatki piersiowej z dużym przemieszczeniem wymiaru klatki piersiowej w wymiarze strzałkowym.

Postępowanie lekarzy oraz personelu medycznego wobec W. W. było prawidłowe i odpowiednio staranne. Nie można przypisać winy personelowi medycznemu pozwanego szpitala przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mężowi powódki w czasie pobytu w pozwanej placówce.

Dowód: opinia biegłego kardiologa M. O. (1) (k. 270 -276), opinia uzupełniająca biegłego kardiologa M. O. (2) ickiego (k. 294-300).

Powódka E. W. obecnie ma 59 lat. Nigdzie nie pracuje. Wcześniej pracowała zawodowo, ale firma jej pracodawcy została zlikwidowana. Otrzymuje rentę rodzinną po zmarłym mężu W. W. w wysokości 1.500 zł miesięcznie. Mieszka z córką i jej rodziną oraz synem. Prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. Powódka zażywa leki hormonalne oraz antydepresyjne na które miesięcznie wydaje 100 zł.

Dowód: zeznania powódki (k. 239).

Pozwany Szpital (...) w P. w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 października 2012 r. był ubezpieczony od odpowiedzialności odszkodowawczej w (...) S.A. III Inspektorat w P.

Dowód: odpis KRS pozwanego (k. 132-133), umowa ubezpieczenia Polisa nr (...) (k. 134-136).

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie powołanych wyżej dokumentów, w tym dokumentacji medycznej, zeznań powódki i świadków oraz opinii zasadniczej z dnia 15 lutego 2016 r. i opinii uzupełniającej z dnia 16 maja 2016 r. biegłego kardiologa M. O. (1).

Zgromadzone w sprawie dokumenty urzędowe i prywatne należało uznać za w pełni wiarygodne. Zgodnie z treścią art. 244 k.p.c. dokumenty urzędowe stanowią dowód tego co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Zgodnie natomiast z treścią art. 245 k.p.c. dokumenty prywatne stanowią dowód tego, że osoba, która je podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Wiarygodność załączonych przez strony kserokopii dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu. Mimo, że kserokopia nie jest dokumentem, a stanowi jedynie element twierdzenia strony o istnieniu dokumentu o treści odpowiadającej kserokopii, to w niniejszej sprawie żadna ze stron nie podniosła zarzutów kwestionujących istnienie określonych dokumentów prywatnych czy urzędowych. Zgromadzone w sprawie dokumenty nie były kwestionowane przez strony, również Sąd nie znalazł podstaw, aby ich wiarygodność czy autentyczność kwestionować z urzędu.

Nie stanowiła przedmiotu rozstrzygnięcia opinia medyczna pozaprocesowa z dnia 5 września 2014 r., przedłożona przez powódkę do pozwu (k. 14-22). W pierwszej kolejności należy podnieść, iż została ona sporządzona przez lekarza specjalistę położnictwa i chorób kobiecych, a więc osobę nieposiadającą specjalistycznej wiedzy niezbędnej do dokonania analizy przedmiotowego zdarzenia. Po wtóre, zgodnie z art. 245 k.p.c., dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem prywatna ekspertyza sporządzona na zlecenie strony nie stanowi dowodu z opinii biegłego, może być natomiast potraktowana jako dokument prywatny (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 czerwca 2011 r., V CSK 382/10). Rozpatrując roszczenia powódki Sąd oparł się na opinii biegłego sądowego kardiologa M. O. (1).

Sąd dał wiarę i uczynił podstawą ustaleń faktycznych zeznania świadków K. R. (k. 215-216), prof. dr hab. K. B. (k. 216-218) oraz A. S. (k. 238-239) – lekarzy, którzy byli zaangażowani w proces diagnostyczno-leczniczy męża powódki w pozwanym szpitalu. Świadczenie ci w sposób spójny i wzajemnie uzupełniający się przedstawili istotne okoliczności związane z leczeniem W. W., w tym z postawioną diagnozą. Zeznania świadków znajdują potwierdzenie w sporządzonej przez nich dokumentacji medycznej. Sąd miał przy tym na uwadze, że moc dowodowa zeznań świadków mogła być obniżona ze względu na ich potencjalne zainteresowanie korzystnym dla pozwanego szpitala rozstrzygnięciem sporu, jednakże brak było podstaw do przyjęcia, aby świadkowie zeznawali nieprawdziwie, próbując umniejszać swoją ewentualną odpowiedzialność za błędne leczenie. Zeznania świadków zostały następnie pozytywnie zweryfikowane przez opinię biegłego sądowego kardiologa, który ocenił cały algorytm postępowania lekarzy jako prawidłowe i nie będące przyczyną śmierci męża powódki.

Zeznaniom powódki E. W. (k. 239) Sąd dał w całości wiarę, albowiem były one spójne i logiczne. Ponadto powódka zeznawała na okoliczność jej sytuacji finansowej. Powódka nie zeznawała na okoliczności związane z procesem leczenia.

Przystępując do oceny opinii zasadniczej (k. 270-276) oraz opinii uzupełniającej (k. 294-300) biegłego kardiologa M. O. (1), podkreślić należy, że w postępowaniu cywilnym dowód w postaci opinii biegłego podlega ocenie na równi z innymi dowodami, a strony są uprawnione do podważania mocy dowodowej opinii biegłych za pomocą wszystkich dostępnych i przewidzianych przez prawo środków dowodowych. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 roku (sygn. akt: I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64) opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00). Dodatkowo, w sprawach medycznych, opinie biegłych mają kluczowe znaczenie, bowiem Sąd nie posiada odpowiedniej wiedzy i doświadczenia dla oceny, czy strona pozwana dopuściła się zarzucanych jej błędów w sztuce.

Kierując się powyższymi wytycznymi Sąd uznał obie opinie biegłego kardiologa M. O. (1) za przekonujące, mające zasadnicze znaczenie dla definitywnego rozstrzygnięcia sprawy. Zdaniem Sądu, opinia zasadnicza wraz z opinią uzupełniającą była kompletna, nie zawierała luk i błędów logicznych, wykonana została w sposób fachowy, zgodnie ze standardami obowiązującymi biegłych.

Wskazać należy, że wnioski zawarte w opinii poddawały się pozytywnej ocenie Sądu, gdyż pozostawały w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, a osoba je sporządzająca dysponowała poziomem wiedzy i doświadczeniem zawodowym adekwatnym do stwierdzenia okoliczności objętych tezą dowodową. Nadto, wnioski wynikające z opinii znalazły potwierdzenie również w pozostałym zebranych w sprawie materiale dowodowym, w tym w dokumentacji medycznej. Wymaga także podkreślenia, że sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków, nie budził żadnych zastrzeżeń Sądu. Opinia wydana została w oparciu o analizę dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, iż opinia biegłego podlega ocenie, jak każdy inny dowód, według art. 233 § 1 k.p.c. W wypadkach opinii biegłego, gdy w grę wchodzi wiedza specjalistyczna, kontrola wiarygodności opinii i wypowiedzi biegłego jest utrudniona. Dokonując zatem jej oceny Sąd kontroluje wnioski i wywody opinii, pod kątem widzenia ich zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłego, sposobu motywowania stanowiska, podstaw opinii (powoływania się na piśmiennictwo i inne źródła, stosowania konkretnych metod badawczych), a także ustaleniami czynionymi na podstawie innych przeprowadzonych w sprawie dowodów.

Powódka zakwestionowała opinie biegłego kardiologa w piśmie z dnia 15 marca 2016 r. (k. 280-283). Biegły kardiolog w opinii uzupełniającej z dnia 16 maja 2016 r. w sposób szczegółowy i precyzyjny ustosunkował się do zarzutów przedstawionych przez stronę powodową. W szczególności biegły wyjaśnił, iż fakt rozpoznania abortowanego zawału serca nie jest stwierdzeniem biegłego, lecz bezspornym faktem mającym potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Biegły wyjaśnił, iż abortowanie miało polegać na zmianie zapisu EKG odpowiadającego zamkniętemu naczyniu wieńcowemu – sugerującemu zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej na inne zmiany w zapisie EKG odpowiadające krytycznemu zwężeniu lub zmianom po udrożnieniu tętnicy wieńcowej. Sytuacją szczególnie niebezpieczną jest leczenie zachowawcze aortowanego zawału serca tzn. niewykonanie koronarografii, gdyż w tętnicach wieńcowych może pozostawać niestabilna blaszka miażdżycowa z aktywną skrzepliną bądź krytyczne zwężenie i taka zmiana stanowi bardzo duże ryzyko nawrotu zawału. Pozwany szpital koronarografię wykonał. Biegły wyjaśnił także, że krwiak w osierdziu mógł wynikać z długotrwałej reanimacji, nie stwierdził związku powstania krwiaka w osierdziu z faktem przerostu mięśnia sercowego W. W.. W szczególności bardzo istotne jest to, że do obecności krwi w osierdziu nie doszło w przebiegu wykonanej koronarografii.

Biegły podkreślił, iż uraz jakim byłoby hipotetyczne uderzenie klatką piersiową w pozycji siedzącej o elementy kokpitu bądź kierownicy auta nie można uznać za silny uraz bądź uraz komunikacyjny mogący być przyczyną mającej miejsce sekwencji zdarzeń. W dokumentacji medycznej, opisie z akcji Zespołu (...) nie było przesłanek mówiących o wypadku

komunikacyjnym bądź silnym urazie, zwłaszcza klatki piersiowej. U W. W. nie wystąpiły obrażenia głowy, będącej z powodów anatomicznych najbardziej kontuzjowaną podczas omdlenia z upadkiem częścią organizmu.

Biegły w całości podtrzymał opinię zasadniczą z dnia 15 lutego 2016 r. Wszystkie wątpliwości powódki wyjaśnił biegły w swojej opinii. Sąd nie zobowiązywał z kolei biegłego do ustosunkowania się do kolejnych zarzutów przedstawionych przez powódkę w piśmie z dnia 21 czerwca 2016 r. (k. 320-323), z uwagi na to że zarzuty okazały się bezzasadne, a także biegły wyjaśnił wcześniej w opinii pozostałe wątpliwości strony powodowej. W konsekwencji, z uwagi na to, że opinie biegłego były kategoryczne i przekonujące, okoliczności na które zostały one sporządzone należało uznać za wyjaśnione, a tym samym nie powstał obowiązek dopuszczania dowodu z dalszych opinii biegłych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 638/74, OSP 1975/5/108). Z uwagi na powyższe, na rozprawie w dniu 22 września 2016 r. Sąd Okręgowy oddalił wniosek powódki o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego radiologa, kardiochirurga, specjalisty medycyny sądowej i patomorfologa, a pełnomocnik powódki nie zgłosił zastrzeżenia do postanowienia oddalającego wniosek na podstawie art. 162 k.p.c.

Na tej samej rozprawie Sąd oddalił wniosek powódki o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka lekarza patomorfologa wykonującego sekcję zwłok męża powódki. W ocenie Sądu nie było potrzeby przeprowadzać dowodu w/w, albowiem biegły nie zgłaszał zastrzeżeń do wykonanej sekcji zwłok i w pełni podzielił rozpoznanie sekcyjne. Ponadto świadek miałby zeznawać na okoliczności przedstawione w dokumentacji medycznej W. W., która nie była przez strony kwestionowana.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo E. W. okazało się bezzasadne.

Powódka E. W. domagała się zasądzenia od pozwanego Szpitala (...) w P. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 446 § 4 k.c. oraz renty stałej w wysokości 600 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody w myśl art. 446 § 2 k.c., których doznała n skute zarzucanego pozwanemu Szpitalowi bezprawnego działania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mężowi powódki.

Pozwany Szpital kwestionował żądanie pozwu co do zasady jak i wysokości domagając się jego oddalenia.

Bezspornym w przedmiotowej sprawie było, że mąż powódki W. W. w dniu 27 września 2016 r. doznał abortowanego zawału serca. Poza sporem było, że mąż powódki był leczony w pozwanym szpitalu i w dniu 28 września 2012 r. zmarł.

Spór sprowadzał się do ustalenia należytej staranności oraz braku winy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny udzielający tych świadczeń mężowi powódki w czasie pobytu w placówce pozwanego. A w związku z tym czy pozwany ponosi odpowiedzialność za ewentualną winę personelu medycznego w udzielaniu świadczeń medycznych.

Podstawę prawną żądania powódki stanowiły przepisy art. 444 § 2 i 4 k.c. Zgodnie z art. 446 § 2 k.c. osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać 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. Zaś § 4 stanowi, iż Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Podkreślić należy, że stosownie do art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Przepis art. 361 § 1 k.c. opiera się na założeniach teorii przyczynowości adekwatnej, zgodnie z którą związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Nie wystarczy więc istnienie związku przyczynowego

jako takiego, ale wymagane jest stwierdzenie, że chodzi o następstwa normalne. Należy więc ustalić, czy w ogóle pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania (czy dany fakt jako przyczyna był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich jako skutku, czyli czy bez niego skutek wystąpiłby). W razie pozytywnego stwierdzenia w tym zakresie należy rozważyć, czy powiązania można traktować jako "normalne", tzn. oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a więc nie będące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Wedle teorii przyczynowości adekwatnej w odmianie obiektywizującej, dane następstwo ma charakter „normalny” wówczas, gdy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju każdorazowo zwiększa obiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku. Zwiększenie prawdopodobieństwa ustalić należy w oparciu o znajomość obiektywnych reguł i zasad rządzących danym rodzajem faktów i zależności, a także na podstawie doświadczenia i wiedzy o podobnych (do badanej) zależnościach (por.: orzeczenie SN z dnia 2 czerwca 1956 r., 3 CR 515/56, OSN 1957 nr I, poz. 24; wyrok SN z dnia 24 lutego 1962 r., II CR 266/61, OSNPG 1962 nr 7-12, poz. 18; postanowienie SN z dnia 28 maja 1968 r., II CZ 128/68, OSPiKA 1969 nr 4, poz. 95; wyrok SN z dnia 9 lutego 2001 r., III CKN 578/00, OSNC 2001 nr 7-8, poz. 120; Przegląd Prawa Handlowego 2003 nr 6, s. 55 z głosem J. Jastrzębskiego; Prawo Spółek 2002 nr 10 z głosem M. Rożnowskiej; wyrok z dnia 8 września 2004 r., IV CK 672/03, LexPolonica nr 1633082).

Dalej zauważyć należy, że przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, odpowiedzialny jest do jej naprawienia. Dodatkowo, zgodnie z art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Tym samym powódka powinna udowodnić, że zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu pozwanego doprowadziło do powstania szkody, która jest normalnym następstwem zachowania się personelu medycznego, tj. do śmierci jej męża w dniu 28 września 2012 r. Dopiero ustalenie istnienia takiego związku może rodzić odpowiedzialność pozwanego za doznaną przez powódkę krzywdę.

Oceniając zachowanie pracowników pozwanego szpitala z punktu widzenia odpowiedzialności za błąd medyczny, w którym powódka upatruje podstaw swojego żądania, wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy, tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tym zakresie podstawowe znaczenie ma art. 355 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). Ta formuła ma podstawowe znaczenie jako wzorzec wymaganego zachowania dla każdego, kto znajduje się w określonej sytuacji. Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Dodatkowym kryterium oceny zachowania osób, za które szpital ponosi odpowiedzialność, jest przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Wzorcem, do którego należy sięgać jest w odniesieniu do lekarza wzorzec „dobrego fachowca”. Przyjmuje się pewien poziom fachowości, poniżej którego postępowanie lekarza należy ocenić ujemnie. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, często nieodwracalne (por. glosa M. Nesterowicz do wyroku Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r. III CKN 741/98, PiM 2000/6-7/163).

W tzw. „procesach medycznych” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por.: wyrok SN z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

Ciężar udowodnienia wszystkich wymienionych faktów spoczywa na osobie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne, tj. na powódce (zgodnie z art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c.).

W okolicznościach niniejszej sprawy powódka nie wykazała, aby personel medyczny udzielający świadczeń jej mężowi W. W. nie dołożył należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach. Personel medyczny udzielający świadczeń medycznych mężowi powódki działał zgodnie z przepisami prawa, regulami wynikającymi z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Nie można temu personelowi zarzucić niedbalstwa lub innego rodzaju winy. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych mężowi powódki dołożył należytą staranność przy wykonywaniu swoich obowiązków, tj. diagnozowaniu stanu zdrowia i leczenia męża powódki.

Biegły kardiolog wyjaśnił, iż w niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia z pacjentem ze znacznie zmienionym chorobowo poprzez przerost dośrodkowy mięśniem sercowym, co stanowiło poważne schorzenie kardiologiczne. Istniały przesłanki do rozpoznania abortowanego zawału serca. Słusznie zostało wykonane badanie koronarograficzne, w przebiegu którego nie doszło do powikłań. Wykonane następnie badania diagnostyczne wykluczyły inne ostre stany kardiologiczne. Zostało zastosowane prawidłowe leczenie kardiologiczne, obserwacja w warunkach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego polegająca na wykonaniu kontrolnego badania EKG, stałej obserwacji chorego i monitorowaniu elektrycznej pracy serca, kontroli RR. W godzinach rannych doszło do nagłego zatrzymania krążenia w nieokreślonym mechanizmie, na powstanie którego zespół leczący nie miał wpływu i nie mógł temu zdarzeniu zapobiec. Zastosowana reanimacja okazała się nieskuteczna. Najbardziej prawdopodobną przyczyną tak niekorzystnego przebiegu choroby był wzmiankowany znacznie przerośnięty w sposób przewlekły mięsień sercowy. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę obecności krwi w osierdziu w badaniu autopsyjnym biegły uznał trwającą 31 minut reanimację z masażem zewnętrznym serca. Zastosowany proces diagnostyczno-terapeutyczny był prawidłowy, adekwatny do napotkanych problemów kardiologicznych. Dokładny mechanizm nagłego zatrzymania krążenia nie jest znany. Istotne jest również, to zespół leczący nie mógł zapobiec poprzez swoje postępowanie temu zdarzeniu i jego konsekwencjom.

Biegły podkreślił, iż podstawowa diagnostyka kardiologiczna wykluczająca ostre stany kardiologiczne odbywała się już po epizodzie pojawienia się dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, a obraz kliniczny przemawiał za abortowanym zawałem serca, jako przyczynie dolegliwości. Nie jest praktykowane, w przypadku braku zmiany obrazu klinicznego, a wręcz poprawy stanu klinicznego powtarzanie w tracie tego samego dnia wykonanych badań diagnostycznych. Nie wystąpiła potrzeba powtórzenia wykonanej diagnostyki kardiologicznej w przypadku poprawy obiektywnych parametrów kardiologicznych jakimi były ciśnienie tętnicze i ogólny stan W. W.. Opieka nad mężem powódki w pozwanym Szpitalu była należyta i odpowiednia podczas hospitalizacji.

Sąd pragnie podkreślić, że w sprawach błędów w sztuce medycznej Sąd nie jest w stanie samodzielnie rozstrzygnąć, czy leczenie zastosowane wobec męża powódki było zgodne z aktualnym poziomem wiedzy medycznej. Jedynym obiektywnym źródłem dowodowym jest opinia biegłego – specjalisty w danej dziedzinie. Skoro biegły kardiolog M. O. (1) kategorycznie wykluczył możliwość popełnienia błędów w leczeniu W. W., Sąd nie miał żadnych podstaw, aby nie przyjąć tej opinii za podstawę orzekania.

Wyjaśnić należy jeszcze, że o ile nadrzędnym celem lekarza winno być wyleczenie pacjenta, o tyle nie zawsze ten cel jest możliwy do osiągnięcia. Istotne jest natomiast, aby w realizacji tego celu zostały zachowane wszystkie wymagane standardy, nawet jeżeli nie doprowadzą one do osiągnięcia idealnego rezultatu. Niejednokrotnie bowiem medycyna przegrywa w walce z chorobą, w szczególności, gdy lekarstwo na określone schorzenie nie zostało jeszcze wynalezione lub objawy bądź przebieg choroby jest atypowy. W przypadku W. W. wdrożone leczenie było adekwatne do stanu jego zdrowia. Zastosowano leczenie kardiologiczne zawału serca. Leczenie polegało głównie na stosowaniu leków przeciwkrwotocznych oraz przeciwkrzepiających. W aspekcie ostrego zespołu wieńcowego, co do którego istniały podstawy, a wręcz obowiązek rozpoznania leczenia to należy uznać za prawidłowe. Zatem nie można dopatrzeć się winy personelu medycznego pozwanego szpitala przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mężowi powódki W. W. w czasie pobytu w placówce pozwanego. Tym samym nie można mu przypisać odpowiedzialności odszkodowawczej za krzywdę powódki.

Odnosząc się zaś do drugiego żądania powódki, tj. zasądzenia renty stałej w wysokości 600 zł, należy uznać, iż skoro nie ma podstaw do przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności odszkodowawczej za doznaną szkodę i krzywdę, to tym samym brak jest podstaw do zasądzenia na rzecz powódki renty.

Ubocznie Sąd pragnie podkreślić, iż powódka nie wykazała swoich usprawiedliwionych potrzeb, ani też zarobkowych i majątkowych możliwości zmarłego męża. W żaden sposób nie wykazała, iż uzyskiwane przez nią środki nie pozwalają jej po śmierci męża na zaspokojenie potrzeb rodziny na dotychczasowym poziomie.

Mając na względzie powyższe ustalenia i rozważania Sąd Okręgowy oddalił powództwo - punkt 1. wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 2 wyroku obciążając nimi powódkę w całości na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz. U. 2013, poz. 490 ze zm.). Z tego tytułu Sąd zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 8.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą składają się:

- 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
- 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa;
- 1.000 zł tytułem uiszczonej przez pozwanego zaliczki na koszty opinii biegłego.

SSO Iwona Godlewska