

Sygn. akt I ACa 901/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 grudnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Zbigniew Merchel (spr.)
Sędziowie:	SA Jakub Rusiński SA Dariusz Janiszewski
Protokolant:	stażysta Mariusz Neumann

po rozpoznaniu w dniu 25 listopada 2019 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa K. S. (1) i B. S.

przeciwko Szpitalom (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w G.

o zapłatę

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 2 czerwca 2017 r., sygn. akt XV C 1047/13

I. oddala apelację;

II. nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku na rzecz adwokata B. O. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych, powiększoną o należny podatek od towarów i usług w stawce 23% tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną z urzędu powodom w postępowaniu apelacyjnym,

III. nie obciąża powodów kosztami zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne należnymi stronie pozwanej.

SSA Jakub Rusiński SSA Zbigniew Merchel SSA Dariusz Janiszewski

I ACa 901/17

UZASADNIENIE

Powodowie K. S. (1) i małoletni B. S. pozwem skierowanym początkowo przeciwko Szpitalowi (...) w W., którego wszystkie prawa i obowiązki z dniem 3 kwietnia 2017 r. przejął podmiot -Szpitale Wojewódzkie w (...) spółka z o.o. (spółka przejmująca) domagali się zasądzenia od pozwanego:

- na rzecz powódki K. S. (1) kwoty 203.000 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,
- na rzecz powoda B. S. kwoty 150.000 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,
- zasądzenia na rzecz pełnomocnika z urzędu kosztów pomocy prawnej.

Powodowie zarzucali, że liczne błędy i zaniechania, których dopuszczono się w procesie przyjęcia K. S. (2) (męża i ojca pozwanych) na oddział ratunkowy skutkowały bezpośrednio jego śmiercią.

Powodowie jako podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego wskazali art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 120 k.p. Powołali się także na wynikającą z art. 231 k.p.c. instytucję dowodu prima facie, który dopuszcza możliwość ustalenia związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem sprawczym a szkodą, jedynie mając na uwadze wysoki stopień jego prawdopodobieństwa.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa oraz o zawiadomienie o toczącym się procesie (...) SA w trybie art. 84 k.p.c. Przepowiany (...) nie wniósł interwencji ubocznej.

Wyrokiem z dnia 2 czerwca 2017 r. Sąd Okręgowy w Gdańsku oddalił powództwo K. S. (1) i B. S. przeciwko Szpitalu (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w G. o zapłatę zadośćuczynienia.

Sąd I instancji ustalił co następuje:

Powódka K. S. (1) od 22 grudnia 1984 r. pozostawała w związku małżeńskim z K. S. (2). z tego związku pochodzi powód B. S., który urodził się (...) Powód był dotknięty dziecięcym porażeniem mózgowym, ujawniającym się niedowładem połowicznym lewostronnym. Poruszał się samodzielnie. Wymagał jednak kształcenia specjalnego zarówno na poziomie szkoły podstawowej, jak i gimnazjum.

K. S. (2) urodził się w (...) r. Był z zawodu mechanikiem samochodowym Przez jakiś czas pracował w kolumnie transportu sanitarnego w W.. W 2004 r. został uznany za osobę częściowo niezdolną do pracy. W dniach od 2 października 2006 r. do 6 października 2006 r. K. S. (2) był hospitalizowany na Oddziale (...) Szpitala (...) z rozpoznaniem niedowładu prawostronnego niewielkiego stopnia, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżycy. Podczas hospitalizacji niedowład ustąpił. Po przejściu na rentę K. S. (2) zajmował się synem oraz prowadzeniem domu. Chodził na spacer z psem. Dorywczo pracował jako ochroniarz. Pozostawał pod opieką lekarza rodzinnego. Przyjmował leki na nadciśnienie.

W dniu 8 marca 2010 r. K. S. (2) źle się poczuł, uskarżał się na bóle w klatce piersiowej, drętwienie kończyny górnej. Od kilku dni oddawał ciemne stolce i ciemny mocz. Jednakże od tych ostatnich dolegliwościach powódka nie wiedziała. Po południu, po powrocie ze spaceru z psem, K. S. (2) czuł się już bardzo słabo. Odczuwał ból w klatce piersiowej, zaburzenia równowagi i ogólne osłabienie. Po konsultacji telefonicznej z lekarzem rodzinnym powódka zdecydowała się wezwać karetkę pogotowia ratunkowego. Niezwłocznie po wezwaniu ok. godz. 16.35 do mieszkania przybył zespół ratunkowy - T. K. i Ł. W.. T. K. był doświadczonym ratownikiem i znał K. S. (2), z okresu, gdy ten pracował w transporcie sanitarnym. Nie pozostawali jednak z zażyłych relacjach. T. K. zebrał wywiad o pacjenta. Pacjent skarżył się na bóle w klatce piersiowej oraz występujące od kilku dni ciemne stolce. K. S. (2) w momencie przybycia zespołu ratunkowego siedział na kanapie, był zły, miał bladą twarz. Ratownik uznał, że pacjent jest odwodniony. Ratownik Ł. W. zmierzył pacjentowi ciśnienie, które wynosiło 90/60 mmHg, tętno 110/min, oddech 15/min. Założono wkucie. Ratownicy zdecydowali o przewiezieniu K. S. (2) na (...). Do karetki pogotowia został zniesiony na krzeselku transportowym. W karetce pogotowia monitorowano saturację, która wynosiła 91%. Podano pacjentowi tlen oraz dożylnie 500 ml 0.9% NaCl. Ratownicy w karcie medycznej czynności ratunkowych ujawnili rozpoznanie: ból w klatce piersiowej, krwawienie z przewodu pokarmowego. Odnotowano także informacje o przebytych w 2006 r. niedowładzie prawostronnym oraz nadciśnieniu tętniczym. O godz. 17:08 przekazano pacjenta na (...) pozwanego szpitala.

W tym czasie ostry dyżur na (...) pełnił od godz. 16.00 zatrudniony na stanowisku młodszego asystenta dr M. Z.. Podczas przekazania pacjenta ratownik poinformował lekarza dyżurującego o tym, że pacjent ma bóle w klatce piersiowej i oraz oddaje ciemne stolce, co sugeruje krwawienie z przewodu pokarmowego. Ratownik przekazał również kartę czynności ratunkowych. Ratownik T. K. powiedział także, że K. S. (2) jest jego znajomym, bo pracował w kolumnie transportu sanitarnego. Dr M. Z. przeprowadził badanie pacjenta (m.in. pomiar ciśnienia metodą palpacyjną, badanie osłuchowe oraz badanie palpacyjne brzucha). Zlecił badanie EKG oraz badania laboratoryjne. Lekarz nie przystąpił niezwłocznie do badania pacjenta per rectum z uwagi na to, że miejsce, które zapewniało intymność takiego badania, było jeszcze zajęte przez inną pacjentkę, która ubierała się po badaniu. W treści historii choroby odnotowano wyniki wstępnego badania: „w wywiadzie bóle w klatce piersiowej o charakterze pieczenia od 4 dni, ciemne stolce, początkowo zaparcie, potem luźne stolce - 5 dni. W badaniu RR 90 mmHg, As 100/min, miarowa, osłuchowo płuca szmer pęcherzykowy prawidłowy. Brzuch tkliwy w nadbrzuszu. Objawy otrzewnowe ujemne. Wątroba powiększona.” Badanie EKG przeprowadzono w obecności lekarza dyżurnego, który dokonał odczytu i opisu wyniku. W badaniu tym dr M. Z. zauważył obniżenie odcina ST, nie stwierdził natomiast uniesień odcinka ST. W związku z tym postawił wstępne rozpoznanie zawału mięśnia sercowego NSTEMI. Lekarz zlecił badania laboratoryjne z oznaczeniem poziomu troponin łącznie oraz w kierunku weryfikacji przyczyn krwawienia z przewodu pokarmowego. Pacjenta pozostawiono na stanowisku resuscytacyjnym, które posiadało monitor ciągłego zapisu EKG, defibrylator, zestaw do intubacji oraz dostęp do gazów medycznych i leków. Pacjentowi podano przez maskę tlen oraz zlecono dożylnie wlewy kroplowe.

Rozpoznanie zawału mięśnia sercowego NSTEMI to było nieprawidłowe. Analiza wykonanego wówczas zapisu EKG dostarcza informacji o obecności cech niedokrwienia ścian: przednio-bocznej lewej komory (pod postacią obniżek odcinka ST w odprowadzeniach I, AVL, V4i V6), ściany dolnej (obniżenie odcinka ST w odprowadzeniu II, oraz przede wszystkim uniesienie odcinka ST o około 1,5mm w odprowadzeniach AVR i VI. Ostatnie zjawisko, przy obecności rozległych zmian niedokrwiennych w innych odprowadzeniach, sugerowało, że doszło do zawału mięśnia sercowego w przebiegu istotnego zwężenia głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej. To, w konfrontacji ze stwierdzonym niskim ciśnieniem tętniczym krwi powinno zostać zinterpretowane jako objaw rozwijającego się wstrząsu kardiogenego. Dane kliniczne uzyskane przy prawidłowej interpretacji zapisu EKG wykonanego w (...) dawały podstawę do rozpoznania zawału mięśnia sercowego STEMI (zamiast rozpoznanego NSTEMI).

Zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI) był podstawowym wskazaniem do wykonania pilnej koronografii i angioplastyki pacjenta K. S. (2). Tego rodzaju zabiegi wykonywane były jedynie przez placówki medyczne dysponujące pracownią hemodynamiki – tj. Szpital (...) na Z. lub (...) w G. (obie placówki położone w odległości ok. 50 km. od pozwanego szpitala).

Jednakże wobec objawów świadczących o możliwości krwawienia z przewodu pokarmowego należało wziąć pod uwagę, że stan kliniczny pacjenta mógł być wywołany głęboką anemizacją (wywołaną przez krwawienie z przewodu pokarmowego) nawet bez krytycznych zwężeń w tętnicach wieńcowych. Krwawienie z przewodu pokarmowego stanowi przeciwwskazanie do wykonywania angioplastyki wieńcowej ze względu na konieczność stosowania agresywnego leczenia przeciwkrzepliwego, a w przypadku implantacji stenów zazwyczaj należy stosować również przewlekłe leki przeciwplatekcyjne.

Dlatego też przed przekazaniem pacjenta do placówki medycznej dysponującej pracownią hemodynamiki należało w trybie pilnym zweryfikować podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego poprzez badanie per rectum oraz sondę do żołądka (te badania nie zostały wykonane) oraz badania morfologiczne, które zostały przeprowadzone. Niewykonanie badania per rectum oraz sondy należy traktować jako zaniechanie różnicowania stanów potencjalnie zagrażających życiu.

Zlecenie badań laboratoryjnych nastąpiło niezwłocznie po zbadaniu pacjenta. Probówki z krwią zostały zaniezione do znajdującego się nieopodal laboratorium przez pielęgniarkę bądź sanitariusza. Z karty wyników badań wynika, że

zlecenie badania nastąpiło o godz. 18.04. Jest to prawdopodobnie czas, w którym zlecenie trafiło do laboratorium, zostało naniesione do systemu. Autoryzacja badania nastąpiła o godz. 18.44.

W przypadku K. S. (2) wobec wątpliwości w różnicowaniu stanów zagrożenia zdrowotnego (ostry zespół wieńcowy, krwawienie z przewodu pokarmowego z hipotonią mogącą zwiastować zagrażający wstrząs) należało przyjąć tryb „na ratunek” zlecenia badań laboratoryjnych. Wówczas badanie zostałoby wykonane szybciej i byłaby możliwość podjęcia decyzji co do potrzeby transportu chorego do pracowni hemodynamiki celem wykonania koronografii.

Po zleceniu badań laboratoryjnych dr. M. Z. zajmował się innymi pacjentami. W godzinach od 17.09 do 20.20 zostało w (...) w W. przyjętych 7 pacjentów, w tym dwoje dzieci po zatruciu lekami (ok. godz. 18.00). Dr. M. Z. uczestniczył w ich resuscytacji, na prośbę lekarza dyżurnego pediatrii, gdyż konieczny był udział drugiego lekarza.

Pobyt pacjenta K. S. (2) był nadzorowany przez personel pielęgniarski. W tym czasie dyżur pełniła B. B. (do godz. 19.00), K. K. i M. D. oraz ratownik R. P. (po godz. 19.00). Pacjent był podłączony do kardiomonitora. Urządzenie to nie było wyposażone w moduł pulsoksymetrii. Na oddziale przebywała także powódka, która domagała się od personelu przeprowadzenia różnych badań - w tym pomiaru ciśnienia.

Około godz. 19.00 dyżurny ratownik poinformował dr. M. Z., który zajmował się resuscytacją dzieci, że pacjent K. S. (2) nie stosuje się do zaleceń oraz że przyszedł wynik badań, które wskazują na podwyższony poziom troponiny. Dr. M. Z. polecił odnalezienie dyżurnego kardiologa dr. A. L., żeby skonsultowała wyniki. Dr. A. L. znajdowała się wówczas na i wyniki badania pacjenta K. S. (2) okazała jej pielęgniarka K. K.. Wyniki badań morfologicznych wskazywały na niewielką, niewymagającą suplementacji preparatami krwi anemię. W tej sytuacji pacjent powinien być telefonicznie zgłoszony do ośrodka kardiologii interwencyjnej i niezwłocznie przewieziony transportem sanitarnym celem wykonania pilnej koronografii i ewentualnie angioplastyki wieńcowej.

W Szpitalu (...) w W. pacjenci do oddziałów kardiologii inwazyjnej transportowani są karetką S. W dniu 8 marca 2010 r. w godz. Od 17.09 do 20.020 była na następujących wyjazdach: - 16.43-17.25 – Z., 17.25 – 19.30 – transport dziecka do Kliniki (...), 19.48 – 21.30 - transport dziecka do Szpitala (...). Około godz. 19.30 stan pacjenta K. S. (2) gwałtownie się pogorszył. Prosił o pomoc, robił się siny na twarzy. W tym samym czasie dr. A. L., która właśnie zapoznała się z wynikami badania pacjenta udała się do pomieszczenia, w którym przebywał pacjent. Oceniała jego stan jako ciężki. Miał nieoznaczalne ciśnienie krwi, powłoki skórne blade, pokryte potem, sinicę, zaburzenia toru oddechowego, oddech płytki, przyspieszony, powiększoną wątrobę do wysokości pępka o gładkiej powierzchni i miękkiej konsystencji, ściszony szmer pęcherzykowy globalnie, bez cech zastoinowych. Zapoznała się z wynikami badania EKG. Dr. A. L. poleciła podać katelocholaminy we wlewie i fenatyl przeciwbólowo. Nakazała także wezwać dr. M. Z.. Zarządziła akcję reanimacyjną, wykonywała masaż zewnętrzny, a ratownik wentylował chorego aparatem A.. Po kilku minutach przyszedł dr. M. Z. i zaintubował pacjenta, gdyż było konieczne podłączenie go do respiratora. Po przyjściu dr. Z.. Dr. A. L. opuściła pomieszczenie, aby udać się do innych pacjentów. Reanimację prowadził dr. M. Z. z ratownikiem. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta dr. M. Z. wyszedł przekazać informacje powódce. Była ona mocno zdenerwowana. Lekarz starał się wyjaśnić możliwą przyczynę zgonu, wskazując jednak, że mogą być one różne. Zaproponował przeprowadzenie sekcji zwłok. Praktyka jest stosowana zwłaszcza w sytuacjach, gdy zgon pacjenta nastąpił w niedługim czasie od przyjęcia do (...). W pozwanym szpitalu zazwyczaj prosi się rodzinę zmarłego, aby dopiero następnego dnia po zgonie osoby najbliższej podjęła ostateczną decyzję, czy zgadza się na sekcję zwłok. Wówczas, gdy odmawia przeprowadzenia sekcji, składa do dyrektora wnioski o zwolnienie ze sekcji zwłok. Powódka początkowo nie potrafiła podjąć decyzji co do sekcji. Jednakże następnego dnia, po uzyskaniu wyjaśnień od dr. M. Z. co do tego, że jedynie sekcja pozwoli na ustalenie pewnej przyczyny zgonu (co może być istotne z punktu widzenia odpowiedzialności ubezpieczyciela), domagała się nieprzeprowadzenia sekcji zwłok i stosowny wniosek złożyła do dyrektora szpitala. Z powodu odstąpienia od wykonania badania pośmiertnego (wraz z pobraniem wycinków tkanek do badań histopatologicznych), które jako jedyna uznana metoda w naukach medycznych służy do stwierdzenia przyczyny pierwotnej i pośredniej śmierci, nie można w jednoznaczny sposób ustalić przyczyny zgonu K. S. (2).

Najprawdopodobniej u K. S. (2) doszło do zawału mięśnia sercowego STEMI najpewniej z powodu krytycznego zwężenia gwałtownego pnia lewej tętnicy wieńcowej lub proksymalnego zamknięcia gałęzi międzykomorowej przedniej. Tego typu zawał, o ile nie przeprowadzi się pilnej interwencji wieńcowej bardzo źle rokuje. Nawet wdrożenie optymalnego leczenia powoduje, że śmiertelność u osób z zawałem STEMI ze wstrząsem sięga około 50%.

Powódka w dniu 9 kwietnia 20110 r. złożyła w Prokuraturze Rejonowej w W. zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa. Postanowieniem z 12 grudnia 2012 r. postępowanie zostało umorzone. Również zażalenie powódki zostało oddalone postanowieniem Sądu Rejonowego w Wejherowie z 2 kwietnia 2013 r.

Ustaień powyższych sąd I instancji dokonała na podstawie dowodów - z dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach postępowania przygotowawczego 3 Ds. 129/11, zeznań świadków: lekarzy i personelu medycznego pozwanego szpitala, z przesłuchania powódki w charakterze strony i opinii instytutu. Wskazał, że ocena dowodów należała zasadniczo do biegłych, gdyż wymagało to wiadomości specjalnych. Z opinii instytutu wynika ocena działania pracowników pozwanego szpitala pod kątem zasad sztuki medycznej. W ocenie Sądu opinia instytutu jest w tym zakresie rzetelna i wiarygodna. Biegli w sposób wyczerpujący odpowiedzieli na pytania sądu związane z podjętymi w (...) działaniami. Opinia instytutu miała także odpowiedzieć na pytanie o adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem (zaniechaniem) personelu pozwanego szpitala a zgonem K. S. (2). Biegli w sposób jednoznaczny wskazali, że z powodu odstąpienia od wykonania badania pośmiertnego (wraz pobraniem tkanek do badań histopatologicznych), które jako jedyna uznana metoda w naukach medycznych służy do stwierdzenia przyczyn pierwotnej i pośredniej śmierci, nie jest możliwe ustalenie w sposób jednoznaczny przyczyny zgonu K. S. (2). To z kolei implikuje brak jakiegokolwiek umotywowanej przesłanki do rozważań na temat związku przyczynowego pomiędzy nieprawidłowościami w procesie diagnostyczno-lecznym, a zgonem K. S. (2). Nie jest także możliwe opiniowanie w kwestii zmniejszenia ryzyka zgonu chorego w razie przeprowadzenia zabiegu, których ostatecznie nie został wykonany (koronografia).

W dalszej części pisemnego uzasadnienia sąd I instancji odniósł się do stosowania tzw. dowodu prima facie postępowaniach dotyczących roszczeń odszkodowawczych związanych z błędami medycznymi. Konstrukcja tego dowodu zakłada możliwość wywodzenia wniosku o faktach, które są istotne dla sprawy, już na podstawie samego wysokiego prawdopodobieństwa zaistnienia tychże faktów. Dowód prima facie dotyczy zasadniczo istnienia związku przyczynowego pomiędzy określonymi zdarzeniami. Podstawę takiego ustalenia stanowi przekonanie sądu, oparte na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy (w tym wiedzy zaczerpniętej od biegłych), że w typowym przebiegu zdarzeń związek taki występuje. Wymaga to wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą, w postaci pogorszenia stanu zdrowia (zgonu) pacjenta, nie musi być zatem ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn – przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn. Dowód prima facie nie może jednak prowadzić ustaleń opartych na spekulacjach. Jest on w swej konstrukcji i funkcji zbliżony do domniemania, które przenosi ciężar dowodu na stronę przeciwną.

W niniejszej sprawie w tym zakresie odwołując się do opinii instytutu przyjął sąd I instancji, że u K. S. (2) doszło do zawału mięśnia sercowego typu STEMI najpewniej z powodu krytycznego zwężenia głównego pnia tętnicy wieńcowej lub proksymalnego zamknięcia gałęzi międzykomorowej przedniej. Tego typu zawał, o ile nie przeprowadzi się pilnej interwencji medycznej bardzo źle rokuje. Nawet wdrożenie optymalnego leczenia powoduje, że śmiertelność u osób zawałem STEMI ze wstrząsem sięga 50%.

Dalej sąd i instancji przyjął, że w niniejszej sprawie wobec braku sekcji zwłok (do której odstąpiono na wiosek powódki), nie można ustalić jednoznacznie pierwotnej przyczyny zgonu pacjenta K. S. (2), tj. tego stanu chorobowego, który doprowadził do prawdopodobnego zawału STEMI (który był ewentualną wtórną przyczyną zgonu). Ustalenie tej okoliczności w tym stanie rzeczy byłoby jedynie spekulacją. Biegli wskazali bowiem, że stan kliniczny pacjenta mógł być wynikiem szeregu przyczyn. Wobec z kolei powodzenie leczenia zawału STEMI szacowanego przez biegłych na 50% nie pozwala wnioskować o wysokim prawdopodobieństwie związku pomiędzy zaniechaniem skierowania

na to leczenie, a zgonem. Jedynie wysokie prawdopodobieństwo istnienia związku przyczynowego upoważnia Sąd do wnioskowania w oparciu o dowód prima facie. Brak możliwości ustalenia pierwotnej przyczyny zgonu (za co odpowiada powódka, która podjęła decyzję o odstąpieniu od sekcji zwłok), oraz niewielkie prawdopodobieństwo powodzenia leczenia wykluczają przyjęcie na podstawie dowodu prima facie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu pozwanego szpitala a zgonem K. S. (2).

Dokonując oceny prawnej żądania sąd I instancji wskazał, że mogła by ona wypływać z art. 446 § 1 i 4, jeżeli skutek wywołania rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała nasępiła śmierć poszkodowanego sąd może przyznać od zobowiązanego do naprawienia szkody najbliższym członkom rodziny zmarłego zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę. Regulacja to pozostaje w reżimie odpowiedzialności deliktowej, której główną zasadą pozostaje zasada winy wyrażona w art. 415 k.c., stanowiącym, że kto z winy swej wyrządzi drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Odpowiedzialność placówki medycznej za lekarza w niej zatrudnionego wynika z art. 120 k.p. oraz art. 430 k.c. Zakres odpowiedzialności odszkodowawczej wyznacza art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność za normalne następstwa działania lub zaniechania, którego szkoda dotyczy.

Przesądzenie odpowiedzialności pozwanego wymagało zatem ustalenia:

- czy doszło do popełnienia błędu medycznego (tj. działania lub zaniechania, z którym ustawa łączy odpowiedzialność odszkodowawczą),
- czy między owym błędem a zgonem pacjenta zachodzi adekwatny związek przyczynowy,

Dopiero przesądzenie zasady odpowiedzialności czyniło aktualnymi rozważania dotyczące weryfikacji zgłaszanych roszczeń.

Jak wynika z dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń (w tym także za opinią instytutu) postępowanie wobec K. S. (2) zawierało szereg błędów, które odpowiadają wyżej wskazanym kryteriom błędu medycznego:

- nierozpoznanie na podstawie zapisu EKG zawału mięśnia sercowego STEMI (błąd diagnostyczny),
- zaniechanie (odłożenie w czasie) badań zmierzających do weryfikacji podejrzenia krwawienia z przewodu pokarmowego (per rectum, sonda do żołądka) (błąd diagnostyczny związany częściowo z błędem organizacyjnym),
- zbyt długie oczekiwanie na wyniki badania poziomu troponiny (błąd organizacyjny),
- zbyt późna konsultacja kardiologa (błąd organizacyjny),
- brak kontrolnych badań zapisów EKG w odstępach co 15 – 20 minut (błąd diagnostyczny),
- błędy związane z dokumentacją pobytu na (...) (brak karty monitorowania),
- konieczność zajmowania się przez lekarza (...) jednocześnie kilkoma pacjentami w stanie ciężkim (błąd organizacyjny).

Sąd Okręgowy wskazał, że kluczową w niniejszej sprawie kwestią było występowanie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy wskazanymi błędami a zgonem pacjenta K. S. (2). Związek przyczynowy jako jedna z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej to związek łączący zdarzenie, które uznajemy za przyczynę szkody (ściślej naruszenia sfery dóbr poszkodowanego - tu: zgon osoby najbliższej powodom), z jego skutkiem w dobrach poszkodowanego. Podstawową regulację w zakresie związku przyczynowego zawiera art. 361 § 1 k.c. Stanowi on, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Nie ulega wątpliwości, że wskazane błędy medyczne nie mogły być wyłączną przyczyną zgonu pacjenta K. S. (2). Został od przywieziony na (...) jako osoba chora z dolegliwościami. Przy czym wobec braku badań pośmiertnych nie można

ustalić, jakie schorzenie było pierwotną i dalej pośrednią przyczyną zgonu. Błędy medyczne mogły tylko stanowić jedną z przyczyn zgonu pacjenta, nie zaś wyłączną.

W ocenie Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie mieliśmy do czynienia z kumulatywnym zbiegiem przyczyn, z których jedna pozostaje po stronie poszkodowanego (schorzenie), zaś drugą stanowi wadliwe działanie personelu medycznego pozwanego. Przesądzenie odpowiedzialności pozwanego wymaga ustalenia adekwatnego (normalnego) związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu pozwanego, a śmiercią K. S. (2) w kontekście istnienia także drugiej przyczyny zgonu, jaką była samoistna choroba zmarłego (której jednoznacznie nie sposób ustalić). Zachodziła zatem potrzeba określenia stopnia prawdopodobieństwa, że podjęcie właściwych działań diagnostycznych i leczniczych zniweczyłoby skutek w postaci śmierci K. S. (2).

Sąd I instancji odwołując się do opinii instytutu przyjął, że przy założeniu, że pośrednią przyczyną zgonu był zawał STEMI z powodu krytycznego zwężenia głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej lub proksymalnego zamknięcia gałęzi międzykomorowej przedniej związanego ze zmianami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych (możliwa choć niestabilna pierwotna przyczyna - pierwotne schorzenie), to wdrożenie optymalnego leczenia dawało jedynie 50% szans na przeżycie. Nie można zatem powiedzieć, że podjęcie przez personel pozwanego prawidłowych działań z dużym prawdopodobieństwem pozwoliłoby na uniknięcie zgonu pacjenta. Podkreślił przy tym sąd, że w niniejszym postępowaniu nie ustalono, co było pierwotną przyczyną zgonu (początkowym schorzeniem), co jeszcze bardziej utrudnia ustalenie adekwatności związku przyczynowego pomiędzy działaniem szpitala z zgonem K. S. (2). Stąd uznał, że związek przyczynowy pomiędzy działaniem pozwanego szpitala a zgonem pacjenta nie miał charakteru adekwatnego.

Reasumując stwierdził sąd I instancji, że o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią K. S. (2), a zachowaniem lekarzy (personelu medycznego) można by mówić jedynie wówczas, gdy istniałoby duże prawdopodobieństwo skuteczności wdrożenia optymalnego leczenia. Przy przyjęciu pewnych założeń (które nie są zweryfikowane jednoznacznie wobec braku badania pośmiertnego) wynosiło ono 50% i nie było to w żadnym razie duże prawdopodobieństwo.

Wykluczenie adekwatności związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem lekarzy a zgonem K. S. (2) oraz brak jednoznacznego ustalenia pierwotnej oraz pośredniej przyczyny zgonu eliminowało rozważania sądu dotyczące wartościowania współprzyczyn – np. w kontekście miarkowania odszkodowania (zadośćuczynienia).

Brak przesłanki adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu pozwanego a śmiercią K. S. (2) czyniło bezprzedmiotowym także badanie jak i rozważania dotyczące wysokości zadośćuczynienia i odszkodowania. Stąd oddalenie wniosków dowodowych w tym zakresie.

Uznając zatem roszczenie powodów za niezasadne Sąd Okręgowy powództwo oddalił. O kosztach procesu sąd I instancji orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. - odstępując od obciążania powodów kosztami procesu. Wskazał sąd, że sytuacja majątkowa powodów jest trudna. Korzystali oni ze zwolnienia od kosztów sądowych oraz pomocy pełnomocnika z urzędu. Ich żal wobec pozwanego w odbiorze społecznym i ich subiektywnym odczuciu może być uzasadniony. Wynik niniejszego postępowania zasadniczo zależał od specjalistycznej oceny zaistniałych zdarzeń związanych z przebiegiem hospitalizacji K. S. (2). Nie można zatem uznać, że powodowie winni byli liczyć się z przegraną procesu i zaniechać dochodzeń roszczeń. Te okoliczności pozwoliły na ocenę, że sytuację powodów uznać należało za wyjątkową, uzasadniającą decyzje o odstąpieniu od obciążania powodów kosztami procesu.

Sąd przyznał też pełnomocnikowi powódki K. S. (1) wynagrodzenie za pomoc prawną udzieloną z urzędu w kwocie 72000 zł. powiększonej o podatek od towarów i usług – zgodnie z § 6 pkt 7) w zw. § 19 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2012 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu.

Apelację od tego orzeczenia wnieśli powodowie, zaskarżając wyrok w części, tj. w pkt. I.

Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucali:

I. naruszenie przepisów postępowania mających wpływ na treść orzeczenia tj.:

1. art. 286 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o sporządzenie uzupełniającej opinii Instytutu (...) podczas, gdy opinia ta była niepełna i wymagała uzupełnienia, albowiem biegli pomimo stwierdzenia, że nie było możliwym ponad wszelką wątpliwość wskazanie pierwotnej przyczyny śmierci zmarłego, zaniechali wskazania najbardziej prawdopodobnej przyczyny śmierci, stopnia jej prawdopodobieństwa oraz wskazania, w jaki sposób działanie personelu pozwanego wpłynęło na szanse przeżycia i wyzdrowienia K. S. (2), i czy działanie prawidłowe wpłynęłoby na zwiększenie jego szans na przeżycie, i w jakim stopniu; podczas gdy ustalenia te miały istotny wpływ na wynik sprawy, a w szczególności ustalenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem pracowników pozwanego.

2. art. 231 k.p.c. poprzez błędne uznanie, że z ustalonego faktu jakim jest popełnienie przez pracowników pozwanego szeregu błędów medycznych w postępowaniu dotyczącym K. S. (2) nie można wysnuć faktu, iż działanie takie z wysokim prawdopodobieństwem doprowadziło do jego śmierci.

II. naruszenie prawa materialnego tj.:

1. art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. poprzez błędne przyjęcie, iż brak jest adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zawinionym działaniem pracowników pozwanego a śmiercią K. S. (2),

2. art. 444 k.c. i 445 k.c. przez uznanie za niezasadne roszczenia o zadośćuczynienie i odszkodowanie, mimo że śmierć K. S. (2) nastąpiła w wyniku zaniechania udzielenia mu rzetelnej i fachowej pomocy przez pracowników pozwanego.

Mając na względzie powyższe zarzuty apelujący wnosili o:

1. na podstawie art. 380 k.p.c. rozpoznanie przez Sąd II instancji postanowienia Sądu Okręgowego z dnia 2 czerwca 2017 r. w przedmiocie oddalenia wniosku powodów o przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii Instytutu (...) i przeprowadzenie dowodu z tej opinii na okoliczność ustalenia najbardziej prawdopodobnej przyczyny śmierci K. S. (2), oceny stopnia prawdopodobieństwa wpływu niedbalstwa personelu medycznego pozwanego na śmierć pacjenta;

2. na podstawie art. 368 § 1 pkt 4 k.p.c. w zw. z art. 381 k.p.c. o dopuszczenie dowodu z dokumentów załączonych do apelacji oraz o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii Instytutu (...) w oparciu o ich analizę na okoliczność wskazania stopnia ryzyka śmiertelności pacjenta w przypadku zastosowania prawidłowego leczenia zawału STEMI,

3. uchylenie zaskarżonego wyroku w części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji;

4. przyznanie pełnomocnikowi od Skarbu Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej powodom z urzędu wraz z należnym podatkiem VAT za postępowanie przed Sądem II instancji, które nie zostały uiszczone w całości ani w części.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja powodów była niezasadna.

Na wstępie wskazać trzeba, że sąd odwoławczy w obecnie obowiązującym systemie apelacyjnym jest przede wszystkim sądem merytorycznym, a nie tylko kontrolnym. Konsekwencją tego stwierdzenia jest możliwość (konieczność) rozpoznania przezeń sprawy na nowo. Wymaga podkreślenia też, że sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.) na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym (art. 382 k.p.c.) z tym zastrzeżeniem, że przed sądem pierwszej instancji powinny być przedstawione wyczerpująco kwestie sporne, zgłoszone fakty i dowody, a prezentacja materiału dowodowego przed sądem drugiej instancji może mieć miejsce wyjątkowo.

Poza tym sąd II instancji z urzędu bierze pod uwagę nieważność postępowania. W niniejszej sprawie tej ostatniej okoliczności sąd II instancji ostatecznie nie dopatrył się.

Stosując dalej zasady tzw. apelacji pełnej należy stwierdzić, że obowiązkiem Sądu Apelacyjnego nie jest rozpoznanie samej apelacji, lecz ponowne merytoryczne rozpoznanie sprawy w granicach zaskarżenia. Zgodnie z uchwałą składu 7 sędziów Sądu Najwyższego w sprawie III CZP 49/07 (OSN z 2008r., nr 6, poz. 55), której nadano moc zasady prawnej, sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego.

Dalej należy wskazać, że sąd odwoławczy ma nie tylko prawo, ale i obowiązek dokonania własnych ustaleń faktycznych i oceny prawnej zebranego w sprawie materiału dowodowego. Jednakże w sytuacji, gdy sąd ten podziela dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, może ograniczyć się do ich zaaprobowania i przyjęcia za własne, co czyni zadość powyższemu obowiązkowi. Mając na uwadze ekonomikę procesową, sąd II instancji pragnie wskazać, że wydane przez siebie orzeczenie oparł na dokonanych ustaleniach faktycznych sądu I instancji, które to ustalenia ostatecznie aprobuje i przyjmuje za własne, jak również zastosowaną przez ten sąd wykładnię prawa materialnego i procesowego pomimo prowadzenia postępowania dowodowego przed sądem II instancji, które jednak nie doprowadziło do dokonania odmiennych ustaleń faktycznych, jak i innych wniosków w zakresie oceny prawnej.

Istotą sporu było to czy da się ustalić prawdopodobną przyczynę śmierci K. S. (2), a jeśli tak, to czy pomiędzy nią a zachowaniem osób zatrudnionych u pozwanej istnieje związek przyczynowy. Mając to na uwadze Sąd Apelacyjny uznał za zasadne dopuścić na podstawie art. 381 k.p.c. dowód z dokumentów załączonych do apelacji – kserokopii dwóch artykułów na temat strategii leczenia w przypadku zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Poza tym w celu ustalenia wskazanych wyżej okoliczności Sąd Apelacyjny za zasadny uznał w części zarzut naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na treść orzeczenia tj. art. 286 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o sporządzenie uzupełniającej opinii Instytutu (...) w zakresie w jakim biegli pomimo stwierdzenia, że nie było możliwym ponad wszelką wątpliwość wskazanie pierwotnej przyczyny śmierci zmarłego, zaniechali wskazania najbardziej prawdopodobnej przyczyny śmierci, stopnia jej prawdopodobieństwa oraz wskazania, czy działanie personelu pozwanego wpłynęło na śmierć K. S. (2). W tym zakresie sąd II instancji uwzględnił wniosek powodów i dopuścił dowód z uzupełniającej opinii Instytutu. W opinii uzupełniającej biegli podtrzymali swe stanowisko, że odstępstwa od wykonania badania pośmiertnego (wraz z pobranie wycinków tkanek do badań histopatologicznych), które jako jedyna uznana metoda w naukach medycznych służy do stwierdzenia przyczyny pierwotnej i pośredniej śmierci, przyczyna zgonu K. S. (2) nie została i nie może być określona w sposób jednoznaczny.

Dalej biegli nie negowali uchybień w działaniach pozwanego, tak w procesie diagnostycznym jak procesie leczenia na oddziale (...) pozwanego, gdzie dopuszczono się szeregu uchybień (zaniechań, wyprowadzenia wadliwych wniosków z uzyskanych wyników badań – co zresztą ustalił sąd I instancji), to jednoznacznie wskazali, że za bezpośrednią przyczynę śmierci K. S. nie można uznać choroby wieńcowej. Jako przyczyny śmierci wskazywali w tym przypadku - zator tętnicy płucnej, rozwarstwienie tętniaka aorty wstępującej, pęknięcie wolnej ściany lewej komory. Ich zdaniem błędy, jakie wytknęli stronie pozwanej podczas obchodzenia się ze K. S. w pozwanej jednostce nie były przyczyną śmierci. Przyczyną śmierci było ostre powikłanie, które zdarzyło się niezależnie od popełnionych błędów (dowód opinia uzupełniająca – zeznania biegłego A. K. k. 483 od zapisu 01:01:28).

W tym miejscu należy wskazać, że celem przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego jest dokonanie oceny przedstawionego mu materiału dowodowego z punktu widzenia posiadanej wiedzy specjalnej (tu medycznej) danej specjalności i przedstawienie sądowi wniosków umożliwiających poczynienie właściwych ustaleń faktycznych i miarodajnej oceny prawnej okoliczności, które będą stanowić podstawę faktyczną orzeczenia. Konieczność zasięgnięcia opinii biegłego ogranicza samodzielność sądu w zakresie dokonywania ustaleń wymagających

wiadomości specjalnych. Sąd oczywiście nie jest związany opinią biegłych, ale nie może, nie dzieląc jego merytorycznych wypowiedzi ingerować w treść opinii, wprowadzać w miejsce merytorycznych wywodów biegłego własnych stwierdzeń dotyczących przedmiotu opinii. Zdyskwalifikowanie w całości lub w części albo zweryfikowanie wywodów opinii biegłego nie może być dokonane bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd dokonuje oceny opinii biegłego w kontekście fachowości, rzetelności czy zgodności z zasadami logicznego rozumowania. Co do złożonej opinii uzupełniającej strony takich zarzutów nie podnosiły. W ocenie sądu złożona opinia uzupełniająca jest przekonująca, wyjaśnia istotne kwestie czego domagali się powodowie, jest jednoznaczna.

W związku z taką kategorią stanowiskiem biegłych, którzy prezentują wiedzę specjalną, brak było podstaw do przyjęcia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy wskazanymi błędami po stronie pozwanej, a zgonem K. S. (2). Oczywiście sąd dostrzega, że niepopelnienie tych błędów i wdrożenie właściwego postępowania wobec K. S. mogło wpłynąć na zwiększenie jego szans na przeżycie, jednakże rozważania tych kwestii ma tylko walor teoretyczny i hipoteczny.

Wina personelu medycznego, a najczęściej lekarza, która jest konieczną przesłanką odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego za wynikłą szkodę, winna odnosić się do wadliwie przeprowadzonego postępowania leczniczego lub innych nieprawidłowości, zaniedbań czy zaniechań popełnionych w trakcie prowadzonego leczenia, których to następstwem jest doznana przez pacjenta szkoda lub krzywda oraz wykazania związku przyczynowego między nimi. Powołane przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej muszą przy tym zachodzić kumulatywnie, a brak jednej z nich wyklucza możliwość przypisania sprawcy odpowiedzialności odszkodowawczej. W procesach dotyczących zaniedbań lub błędów medycznych, tzw. procesach lekarskich, stosowana jest wprawdzie złagodzona formuła związku przyczynowego. Nie jest tu konieczne, jak zasadnie wskazał to sąd I instancji, wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim, pewnym i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie, z reguły nie może być bowiem absolutnie pewne, toteż wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Jednakże brak tego związku, jak w niniejszej sprawie niweczy tą odpowiedzialność.

W tym stanie sprawy sąd II instancji podzielił stanowisko sądu I instancji, że w niniejszej sprawie brak było związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu pozwanego, a śmiercią K. B. było podstaw do przyjęcia założenia, że podjęcie przez personel pozwanego prawidłowych działań z dużym prawdopodobieństwem pozwoliłoby na uniknięcie zgonu pacjenta, skoro biegli jednoznacznie wskazali, że przyczyną śmierci K. S. (2) było ostre powikłanie, które zdarzyło się niezależnie od popełnionych błędów.

W tym stanie sprawy niezasadne były dalsze zarzuty, tak naruszenia art. 231 k.p.c., jak i wskazane w apelacji naruszenie prawa art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że brak było adekwatnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zawinionym działaniem pracowników pozwanego a śmiercią K. S. (2), art. 444 k.c. i 445 k.c. przez uznanie za niezasadne roszczenia o zadośćuczynienie i odszkodowanie, mimo że śmierć K. S. (2) nastąpiła w wyniku zaniechania udzielenia mu rzetelnej i fachowej pomocy przez pracowników pozwanego.

Kierując się przedstawionymi motywami Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powodów (pkt I). W pkt II Sąd Apelacyjny orzekł o kosztach pomocy prawnej udzielonej powodom z urzędu w postępowaniu apelacyjnym, przyznając pełnomocnikowi powodów adwokatowi B. O. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku kwotę 5.400 złotych podwyższoną o należny podatek od towarów i usług na podstawie art. 21 ust 3 i 29 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. o adwokaturze (Dz. U. z 2016r. poz. 1999 ze zm.) w zw. z § 2 pkt 6 w § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności adwokatów z dnia 22 października 2015 (Dz. U. z 2015r., poz. 1800) przy uwzględnieniu stawki minimalnej należnej za udział zawodowego pełnomocnika w postępowaniu przed Sądem Apelacyjnym i podanej w apelacji wartości przedmiotu zaskarżenia.

O kosztach postępowania apelacyjnego między stronami orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd Miał tu na uwadze trudną sytuację materialną powodów, uzasadniającą zwolnienie ich od kosztów postępowania w sprawie. Nadto zdaniem sądu II instancji zasadę z art. 102 k.p.c. należało zastosować w niniejszej sprawie z uwagi na sytuację powódki

i powoda w jakiej się znaleźli się po śmierci męża (ojca), co w sposób istotny zmieniło ich życie oraz z uwagi na charakter roszczeń dochodzonych w tym procesie oraz subiektywne przeświadczenie powodów o ich słuszności, tak co do zasady co do dochodzonych roszczeń i co do wysokości, co spowodowało wniesienie środka zaskarżenia po orzeczeniu jakie zapadło przed Sądem Okręgowym w Gdańsku.

SSA Dariusz Janiszewski SSA Zbigniew Merchel SSA Jakub Rusiński