

Sygn. akt: I C 761/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 lutego 2015 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Irena Choma-Piotrowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Jolanta Kulpa

po rozpoznaniu w dniu 3 lutego 2015 r. w Tarnowie

sprawy z powództwa J. P.

przeciwko Szpitalowi (...)w T. i (...) Spółka Akcyjna w W.

o zapłatę

I. Oddała powództwo w całości;

II. Zasądza od powódki J. P. na rzecz pozwanego Szpitala (...)w T. kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. Zasądza od powódki J. P. na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Przewodniczący

Sygn. akt I C 761/12

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie

z dnia 3 lutego 2015 roku

Powódka J. P. w ostatecznie sprecyzowanym żądaniu pozwu skierowanego przeciwko stronie pozwanej Szpitalowi (...)w T. domagała się zasądzenia kwoty 500.000 zł. tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c., za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Ponadto powódka domagała się zasądzenia od strony pozwanej renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie zgodnie z art. 444 § 2 k.c. płatnej do dziesiątego dnia każdego następującego po sobie miesiąca z ustawowymi odsetkami licząc od dnia wniesienia pozwu oraz ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość i zasądzenia od strony pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu wedle norm przepisanych.

Na uzasadnienie powódka podała, że swoje roszczenia opiera na przepisach art. 415 k.c., art. 444 k.c. i art. 445 k.c. Wskazała, że w dniu 6 marca 2011 roku została przyjęta w pozwanym Szpitalu i skierowana na obserwację na

Oddziale Chirurgicznym gdzie zdiagnozowano u niej olbrzymie wodonercze nerki prawej a następnie skierowano na Oddział Urologiczny. Tam stwierdzono, że wodonercze doprowadziło do całkowitego zniszczenia mięszu nerki przy czym nie wzięto pod uwagę, że może stanowić to poważne zagrożenie septyczne rozprzestrzeniania się ropy na cały organizm. Wedle powódki przeprowadzono wówczas pochopnie zabieg nefrostomii obarczającej pomimo, że należało zakwalifikować powódkę od razu do operacji usunięcia całości nerki, co uczyniono dopiero po kilkunastu godzinach. Na skutek tego doszło do uszkodzenia drugiej nerki tj. lewej poprzez rozwinięcie się wstrząsu septycznego. Uszkodzenie septyczne nerki lewej wymusiło późniejsze stosowanie dializoterapii i przeprowadzenie przeszczepu, które to działania miały już miejsce w innych placówkach medycznych. W ocenie powódki zabieg nefrotomii (odbarczania) był zatem zabiegiem oczywiście zbędnym i jego przeprowadzenie spowodowało, że ograniczone wcześniej ognisko zapalne stało się przyczyną uogólnionego wstrząsu septycznego. Doprowadziło to do niewydolności wielonarządowej w tym uszkodzenia lewej nerki. W stanie zdrowia powódki zabieg nefrostomii i tak nie zdołałby uchronić mięszu nerki dotkniętej wodonerczem bowiem w tym czasie cały mięsz był już totalnie zniszczony. Powódka podniosła również, że lekarz który zdecydował o zabiegu miał stosowną specjalizację jednakże nie skorzystał z konsultacji innych urologów lub lekarzy zakaźnych co byłoby zasadne. Sytuacja nie wymagała pośpiechu a sam zabieg usunięcia nerki mógł być wykonany dnia następnego bowiem powódka znajdowała się w stanie ogólnym dobrym. Podczas przyjęcia powódki do Szpitala nie stwierdzono u niej jakichkolwiek objawów ogólnoustrojowych o charakterze septycznym i nie wykryto cech stanów zapalnych nerki lewej, co potwierdza, że septyczna niewydolność nerki lewej musiała powstać w związku z przeprowadzonym zabieganiem nefrostomii. Na skutek powyższych błędów powódka zmuszona była skorzystać z przeszczepu nerki od swojej matki a zabieg ten wykonano w W.. Powódka wskazała, że w jej ocenie pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za niezachowanie należytej staranności w rozumieniu art. 472 k.c. w zw. z art. 471 k.c. Doszło bowiem do nienależytego wykonania zobowiązania w postaci świadczenia usług medycznych. Powódka nie ma natomiast żadnych zastrzeżeń na odnośnie leczenia dializacyjnego, immunosupresyjnego i transplantacyjnego.

Powódka wskazała, że obecnie jej życie po przeszczepie nerki związane jest z dużymi ograniczeniami a statystycznie takie osoby żyją znacznie krócej. Powódka nadal doznaje rozstroju zdrowia. Jej cierpienia mają wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny bowiem jako osoba młoda, dążąca do założenia rodziny przez okres około dwóch lat musi zachowywać szczególną ostrożność związaną z antykoncepcją, musi przyjmować leki immunosupresyjne i ściśle współpracować z ginekologiem. Nie można również wykluczyć, że na skutek przeszczepu nerki nie dojdzie do rozwoju schorzeń w postaci nadciśnienia tętniczego, tocznia trzewny, zakrzepicy żył głębokich lub zaburzeń funkcjonowania wątroby. Przez co najmniej dwa lata powódka nie będzie mogła planować dziecka i dopiero po tych dwóch latach będzie możliwe wdrożenie wielospecjalistycznego przygotowania powódki do ewentualnej ciąży, co bez wątpienia będzie traumatycznie wpływać na powódkę. Taka ciąża może bowiem wywołać okołoporodową hiperkaliemię i hiperglikemię i łączy się z dużym ryzykiem immunologicznym. Nawet przy dobrych rokowaniach co do skuteczności przeszczepu ewentualna ciąża będzie się wiązać z dużym ryzykiem. Taka ciąża może nawet skutkować odrzuceniem przeszczepu. Tak więc błąd lekarski z jakim spotkała się powódka spowodował nie tylko cierpienia w okresie wykonywanych zabiegów ale również naznaczył dużą niepewnością dalsze życie powódki.

W trakcie postępowania powódka wniosła o przypozwanie na podstawie art. 416 k.c. in solidum (...) SA w W. - (...)w Ł. wskazując, iż jest to ubezpieczyciel, który udzielał ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej pozwanemu Szpitalowi w 2011 roku.

Postanowieniem z dnia 8 listopada 2012 roku Sąd Okręgowy wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) SA w W. (...)w Ł..

Strona pozwana – Szpital (...)w T. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Strona pozwana wniosła też o zawiadomienie o toczącym się procesie i wezwanie do udziału w sprawie w trybie art. 84 k.p.c. (...) Spółka Akcyjna w W. – Inspektorat w T., oraz lekarza M. N..

Na uzasadnienie strona pozwana wskazała, że wykonany u powódki zabieg nefrostomii prawostronnej nie pozostawał w związku przyczynowym z powikłaniami i uszkodzeniem lewej nerki, które wystąpiły u powódki. Strona pozwana zaprzeczyła również jakoby u powódki stwierdzono roponercze. Powódka została przyjęta do pozwanego Szpitala z bólem brzucha a w badaniach laboratoryjnych stwierdzono u niej leukocytozę rzędu 18,6 tys/mm³ i skrajne wodonercze prawostronne. Już zatem w chwili przyjęcia do pozwanego Szpitala u powódki występowała infekcja. Zastosowano antybiotyk C. i uznano, że najbardziej prawdopodobnym miejscem wyjścia infekcji jest zastoinowa nerka. Stan powódki się pogarszał a infekcja się nasilała. Po pilnym przeniesieniu powódki na Oddział Urologii zaobserwowano dalsze pogorszenie jej stanu zdrowia i również uznano, że źródłem infekcji jest nerka. Jednakże źródłem wyjścia posocznicy, która następnie przerodziła się we wstrząs septyczny nie była prawa nerka. Potwierdza to wynik badania bakteriologicznego z uzyskanego z nefrostomii moczu – posiew ujemny. Mimo stosowanej antybiotykoterapii infekcja z jaką powódka przyszła do Szpitala rozwijała się dynamicznie i przerodziła się w posocnicę a następnie wstrząs septyczny. W tej sytuacji zabieg nefrostomii był zabiegiem ratującym życie a w przypadku tak dużego wodonercza jak u powódki był jedyną metodą terapeutyczną obarczającą nerkę. Wykonanie tego zabiegu było zgodne z zaleceniami wiedzy medycznej, w tym algorytmem Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego. W ocenie strony pozwanej utrata nerki lewej nie została zatem spowodowana nieprawidłowym postępowaniem medycznym lecz przebiegiem sepsy z nieznanego ogniska, które rozwijało się jeszcze przed przyjęciem do pozwanego Szpitala. Wobec braku związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem strony pozwanej a szkoda po stronie powódki zgłaszane przez nią roszczenia są bezpodstawne. Na marginesie strona pozwana zaznaczyła, że żądana wysokość zadośćuczynienia i renty jest wygórowana.

Odnośnie zawiadomienia o procesie (...) Spółka Akcyjna w W. – Inspektorat w T. strona pozwana wskazała, że była ubezpieczona u tego ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością medyczną. Lekarz M. N. udziela zaś u strony pozwanej świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i wobec niekorzystnego wyroku dla strony pozwanej z tytułu tej umowy będzie jej przysługiwać roszczenie regresowe.

Po zawiadomieniu o możliwości przystąpienia do procesu w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej M. N. nie przystąpił do procesu.

Pozwany - (...) Spółka Akcyjna w W. – Oddział w T. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu wedle norm przepisanych. Na uzasadnienie (...) wskazał, iż jego odpowiedzialność ubezpieczeniowa wynikająca z umowy ubezpieczenia nr (...) obowiązującej za okres od 17 maja 2010 do 16 maja 2011 roku jest ograniczona do wysokości sumy gwarancyjnej za jedno zdarzenie określonej w polisie na równowartość 46.500 euro co daje równowartość 190.296,60 zł. Ponadto Ubezpieczyciel wskazał, iż popiera twierdzenia pozwanego Szpitala odnośnie braku podstaw do odpowiedzialności za błąd w sztuce medycznej i za stan zdrowia powódki.

Stan faktyczny sprawy przedstawiał się następująco:

Powódka J. P. ma obecnie 26 lat. W dniu 6 marca 2011 roku powódka trafiła do Szpitala (...)w T. z powodu dolegliwości bólowych brzucha trwających od dwóch dni. Została przyjęta do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Diagnostyką i leczeniem powódki zajmował się lekarz M. N.. W badaniu brzuch był tkliwy w nadbrzuszu, objaw Goldflamma zaznaczony po stronie prawej ze wzmożoną spoistością w prawej okolicy lędźwiowej. W wywiadzie zakażenie układu moczowego w 2010 r. W wykonanym badaniu usg (ultrasonograficznym) brzucha stwierdzono patologię prawej nerki (w jej miejscu torbielowato-lita struktura o wym. 156 x 111 x 66 mm, która mogła odpowiadać krańcowemu wodonerczu z całkowitym zniszczeniem struktury nerek), zaś w badaniu morfologii krwi podwyższoną liczbę leukocytów (18600/u.l). W leczeniu zastosowano antybiotyk C.. Następnego dnia chorą po konsultacji urologicznej przeniesiono do Oddziału Urologii, celem dalszego leczenia. Wówczas leczenie powódki przejął lekarz M. W.. W zleconym ponownie usg jamy brzusznej stwierdzono w układzie kielichowo-miedniczkowym prawej nerki dużego stopnia zastój spowodowany najpewniej złożem uwidocznionym w przebiegu miedniczkowo-moczowodowym.

Umówiono badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej. Wykonano kolejne badania laboratoryjne, w których stwierdzono nieprawidłowości, m. in. znacznie podwyższone CRP (białko ostrej fazy - marker reakcji zapalnej), podwyższoną liczbę leukocytów oraz znacznie obniżony poziom płytek krwi. Obserwowano również pogorszenie stanu ogólnego chorej (wzrost temperatury ciała do 37,5°C i tętna do 130/min. oraz spadek RR - ciśnienia tętniczego krwi). Wówczas zdecydowano o wykonaniu prawostronnej nefrostomii - po nakłuciu nerki stwierdzono wyciek czystego moczu pod ciśnieniem. Mimo tego oraz podaży dwóch antybiotyków, stan chorej się pogarszał i chorą przekazano do dalszego leczenia do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, z rozpoznaniem wstrząsu septycznego. Chora była w stanie ciężkim, prowadzono intensywne leczenie, w tym wlewy amin katecholowych, obserwowano narastające parametry niewydolności nerek. Po wykonaniu usg oraz topografii komputerowej jamy brzusznej zdecydowano o pilnym usunięciu prawej nerki - śródoperacyjnie stwierdzono, że prawa nerka był powiększona do ok. 12 cm oraz w całości wytamponowana skrzepami. Nacięto mięśnię nerki i ewakuowano około 200 ml skrzepów.

Okazało się, że na przekroju nerka jest z całkowicie ścieńczałym mięśnięm i poszerzoną miedniczką na tle zwężenia miedniczkowo moczowodowego. Obserwowano także skrzepy w cewniku Foley'a i wykonano płukanie pęcherza moczowego. Mimo to stan chorej był nadal ciężki, wymagała ona intensywnego leczenia, w tym przetoczeń preparatów krwio pochodnych oraz dializy. W ciągu dalszych dni hospitalizacji w tym Oddziale wykonywano liczne badania laboratoryjne, cały czas stwierdzając liczne nieprawidłowości, w tym cechy DIC rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, a także wykonywano badania obrazowe (rtg, usg). Po uzyskaniu pewnej poprawy, w dniu 22 marca 2011 roku chorą przekazano do dalszego leczenia do Oddziału Chorób Wewnętrznych. Na tym Oddziale stan chorej uległ pogorszeniu w dniu 23 marca 2011 roku. Z powodu niewydolności oddechowej oraz gorączki ponownie przyjęto pacjentkę na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Powódka była w stanie ciężkim i gorączkowała. W dniu 27 marca 2011 roku zaczęła zgłaszać dolegliwości bólowe po prawej stronie. Po wykonaniu badań tomografii komputerowej jamy brzusznej, z uwagi na podejrzenie ropnia, zdecydowano o zabiegu operacyjnym. Stwierdzono krwiaki, które ewakuowano. Następnie powódka była dalej wielokierunkowo leczona aż do dnia 15 kwietnia 2011 roku kiedy wykonano badania laboratoryjne i obrazowe, a także konsultacje specjalistyczne. Wówczas stwierdzono, że stan chorej ulegał stopniowej poprawie, wymagała okresowej tlenoterapii biernej, nie gorączkowała, jednak cały czas prowadzono dializoterapię.

W dniu 15 kwietnia 2011 roku chorą skierowano do dalszego leczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ, gdzie przebywała do dnia 29 kwietnia 2011 roku. Pomimo stosowanego leczenia nie uzyskano poprawy funkcji lewej nerki - konieczne były dializy. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego i ogólnej sprawności oraz po uzgodnieniu telefonicznym terminu przyjęcia, powódka została przekazana do dalszego leczenia w Klinice (...) w K.. Według wyniku badania histopatologicznego nr (...)z Zakładu Patomorfologii Szpitala (...)w T., histologicznie w zakresie usuniętej nerki stwierdzono przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek w fazie końcowej, z ogniskowym ropnym naciekiem zapalnym i rozpoczynające się roponercze. Następnie w dniach od 25 kwietnia do 2 maja 2012 roku powódka była leczona w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej (...) Uniwersytetu Medycznego. Wykonano przeszczepienie nerki od matki powódki, włączono leczenie immunosupresyjne. Następnie powódka była leczona od 24 maja 2012 roku do 26 maja 2012 roku w Szpitalu (...) w K. na Oddziale Klinicznym Nefrologii Zachowawczej Kliniki Nefrologii. Wykonano usunięcie cewnika permanentnego do dializ z prawej żyły szyjnej wewnętrznej i zalecono dalsze leczenie, w tym immunosupresyjne.

Dowód:

dokumentacja medyczna (k.23-25,31)

zeznanie świadka M. N. (k.55-56)

zeznanie świadka M. W. (k.103-104)

W okresie od 17 maja 2010 roku do 16 maja 2011 roku Szpital (...)w T. objęty był ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej w związku ze świadczeniem usług medycznych w (...) Spółka Akcyjna w W. – Oddział w T. na podstawie

polisy nr (...). W polisie ograniczono zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela do sumy gwarancyjnej wynoszącej 46.500 euro za jedno zdarzenie i 275.000 euro za wszystkie zdarzenia.

Dowód:

polisa ubezpieczenia OC nr (...) (k.92-93)

Powódka w maju 2012 roku zwracała się do (...) Spółka Akcyjna w W. – Oddział w T. z roszczeniami wynikającymi z leczenia powódki w Szpitalu (...)w T.. Ubezpieczyciel nie dopatrył się jednak błędu medycznego a w konsekwencji podstaw odpowiedzialności.

Dowód:

Pismo ubezpieczyciela z dnia 24 maja 2012 roku (k.94-95)

Powódka w dniu 6 marca 2011 roku została przyjęta do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala (...)w T. z powodu dolegliwości bólowych brzucha. Po wykonaniu badań diagnostycznych, w tym usg jamy brzusznej, obserwacji chorej oraz konsultacji urologicznej, rozpoznano prawostronne wodonercze. Z tego powodu chorą przeniesiono w dniu 7 marca 2011 roku do Oddziału Urologii celem dalszego leczenia. Było to postępowanie prawidłowe. U chorej w dniu przyjęcia stwierdzono temperaturę ciała podwyższoną do 37°C, podwyższoną liczbę leukocytów w badaniu morfologicznym krwi, co wskazywało na występowanie infekcji o nieznanym wówczas punkcie wyjścia i z tego względu słusznie wdrożono antybiotykoterapię. W dniu 6 marca 2011 roku nie było wskazań do wykonania zabiegu nefrostomii przezskórnej, gdyż ogólny stan chorej był dobry, a tym bardziej nie było potrzebny usuwania prawej nerki. W dniu 7 marca 2011 roku chorą przeniesiono do Oddziału Urologii Szpitala (...)w T.. Wówczas stan ogólny chorej był dobry, nie było objawów dyzurycznych (trudności w oddawaniu moczu, zmniejszenia ilości wydalanego moczu). Chora zgłaszała dolegliwości w nadbrzuszu, szczególnie po stronie prawej, prawa okolica lędźwiowa przy wstrząsaniu była nieco bolesna. Zlecono adekwatne badania laboratoryjne, w tym markery stanu zapalnego i posiew moczu. Powtórzono badanie usg jamy brzusznej i zlecono badanie CT w trybie pilnym. Wdrożono antybiotykoterapię i płynoterapię. Z powodu pogarszającego się stanu klinicznego (temperatura ciała 37,5 st. C, tachykardia i spadek ciśnienia tętniczego krwi) wytworzono przetokę skórno-nerkową po prawej stronie w celu odbarczenia wodonercza. Było to postępowanie prawidłowe. Z powodu pogarszającego się stanu ogólnego chorej, spowodowanego wstrząsem, po konsultacji anestezyjologicznej chorą zakwalifikowano do dalszego leczenia w oddziale intensywnej terapii i w dniu 8 marca 2011 roku przeniesiono ją do Oddziału Anestezyjologii i Intensywnej Terapii Szpitala (...)w T.. Było to postępowanie prawidłowe.

Według standardów postępowania zabiegowego w urologii, w przypadku wodonercza, jak i roponercza, najpierw stosuje się odbarczenie nefrostomią - jako zabieg znacznie mniej obciążający dla pacjenta oraz poniekąd zabieg diagnostyczny - a dopiero w przypadku braku jego skuteczności należy taką nerkę usunąć. W przedmiotowej sprawie, w czasie zabiegu nefrostomii uzyskano wypływ czystego moczu pod ciśnieniem, mocz ten pobrano do analizy i nie stwierdzono w nim cech zapalenia ropnego. Stąd należało przyjąć, że u chorej występowało wodonercze. Również podczas zabiegu usunięcia nerki w dniu 8 marca 2011 roku nie stwierdzono obecności ropy w miedniczce nerkowej ani w prawym moczowodzie. Obecność skrzepów w miedniczce nerkowej wynikała najpewniej z obecnego już wówczas u chorej zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (dla tego zespołu charakterystyczne są samoistne krwawienia z błon śluzowych) i nie była ona konsekwencją przeprowadzonego wcześniej zabiegu nefrostomii. Natomiast badaniem histopatologicznym usuniętej nerki stwierdzono przewlekły proces zapalny toczący się w zakresie mięszu nerki oraz rozpoczynające się w związku z tym roponercze.

Przetoka skórno-nerkowa /PCN/ wykonywana w celu odbarczenia wodonercza lub roponercza powikłanego stanem septycznym, jest zabiegiem urologicznym pierwszego rzutu, pozwalającym szybko i bez większego przygotowania opanować większość stanów infekcyjnych w nerkach z zastojem moczu. Dzięki niej odracza się decyzję o usunięciu chorej nerki, co pozwala bardzo często na dalsze skuteczne leczenie i zachowanie narządu.

Wykonanie zabiegu nefrostomii u powódki miało na celu opanowanie już występującego u tej chorej uogólnionego stanu septycznego - posocznicy (o czym świadczą wyniki badań laboratoryjnych z dnia 7 marca 2011 roku), a nie było jego przyczyną. Dalsze powikłania, tj. niewydolność wielonarządowa i uszkodzenie lewej nerki, były skutkiem tejże posocznicy, nie zaś prawidłowego postępowania lekarskiego.

Wykonanie u powódki nefrostomii w nocy z dnia 7 na 8 marca 2011 roku było postępowaniem prawidłowym a wskazaniem do tego zabiegu było słuszne podejrzenie, że punktem wyjścia posocznicy był proces zapalny toczący się w tej nerce, oraz brak oczekiwanej po zabiegu nefrostomii poprawy stanu chorej, co również było postępowaniem prawidłowym. Natomiast niewydolność lewej nerki – bez konieczności jej usunięcia – była powikłaniem uogólnionego stanu septycznego. Tak więc konieczność usunięcia prawej nerki i niewydolność lewej nerki nie były powikłaniem zabiegu nefrostomii prawej nerki, a następstwem niekorzystnego przebiegu choroby.

Postępowanie personelu medycznego Szpitala (...)w T. wobec powódki w czasie jej hospitalizacji w dniach 6 marca do 29 kwietnia 2011 roku było prawidłowe. Wobec stwierdzenia u chorej wykładników infekcji wdrożono antybiotykoterapię. Następnie, wobec pogorszenia stanu chorej oraz dalszych nieprawidłowości obecnych w badaniach laboratoryjnych, słusznie zdecydowano o prawostronnej nefrostomii, jako postępowaniu mogącym pomóc opanować toczący się uogólniony proces zapalny. Wobec braku poprawy po tym zabiegu, zdecydowano o usunięciu prawej nerki. Mimo tego, antybiotykoterapii oraz bardzo aktywnego leczenia prowadzonego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, stan chorej pozostawał bardzo ciężki i wystąpiła niewydolność wielonarządowa z uszkodzeniem lewej nerki. Wielokierunkowa prawidłowa diagnostyka i dalsze adekwatne leczenie chorej w tamtejszym Szpitalu, w tym liczne przetoczenia preparatów krwiopochodnych i dializoterapia, pozwoliły na uratowanie życia chorej, uzyskanie poprawy i wypisanie jej ze Szpitala.

Dowód:

opinia Uniwersytetu Medycznego w Ł. (k.152-177)

Powódka w przyszłości mogłaby mieć własne potomstwo w wyniku ciąży. W czasie ciąży powinno być kontynuowane leczenie immunosupresyjne, jednak w mniejszej dawce oraz przy użyciu stosownych leków, które nie działają teratogennie na płód (nie powodują powstania wad wrodzonych). Ciąża u kobiety po przeszczepie nerki jest ciążą wysokiego ryzyka, zagrożoną przedwczesnym porodem, mniejszą masą ciała noworodka oraz różnymi możliwymi powikłaniami ze strony płodu. Część takich ciąż kończy się poronieniem. W czasie takiej ciąży należy kontrolować parametry wydolności nerek. Ciąża może bowiem doprowadzić do obniżenia wydolności nerki przeszczepionej.

Dowód:

opinia Uniwersytetu Medycznego w Ł. (k.152-177)

Brak jest nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego podczas hospitalizacji powódki w pozwanym Szpitalu w okresie od 6 marca do 29 kwietnia 2011 roku. Zabieg nefrostomii został wykonany po uzyskaniu wyników badań laboratoryjnych z dnia 7 marca 2011 roku z godziny 23:02, a zatem przed północą 07/08 marca 2011 roku. Chora została bowiem przeniesiona do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii około godziny 00:10-00:15 (według wpisów w historii choroby) dnia 8 marca 2011 roku (konsultacja anestezjologiczna około północy). Zabieg nefrostomii z odbarzeniem wodonercza miał przede wszystkim na celu wykrycie źródła procesu zapalnego i ewentualne ograniczenie tego procesu, a na drugim miejscu ratowanie pozostałego zdrowego mięszu nerki. Usunięcie całej nerki jest zabiegiem obciążającym dla chorego, tym bardziej dla chorego z cechami wstrząsu septycznego, dlatego jest stosowany w ostateczności-po wyczerpaniu innych (mniej inwazyjnych) metod leczenia. Jak wynika z dokumentacji medycznej, stan ogólny chorej w dniu przyjęcia do Szpitala, tj. 6 marca 2011 roku, był dobry. Również w chwili przekazania do Oddziału Urologii w dniu 7 marca 2011 roku stan ogólny chorej był dobry. Taki stan chorej w tych momentach hospitalizacji nie sprzeciwia się stwierdzeniu, że wówczas u chorej rozwijał się już uogólniony proces zapalny. Objawy takiego procesu u chorych mogą się ujawniać stopniowo, ale może też dojść do nagłego

pogorszenia, jak to miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Brak wpisania pomiaru temperatury ciała w badaniu lekarskim przy przyjęciu powódki nie stoi w związku przyczynowym z rozwojem posocznicy u tej chorej. Gorączka jest tylko objawem stanu zapalnego, o którym lekarze opiekujący się chorą wiedzieli znając wyniki oznaczeń morfologii krwi (leukocytoza), jak również leczyli go podając antybiotyki. Podwyższenie temperatury ciała zostało odnotowane w historii choroby w zapisie lekarskim w dniu 7 marca 2011 roku, przy pogorszeniu się stanu chorej. Jak wynika z opisu zabiegu operacyjnego z dnia 8 marca 2011 roku, śródoperacyjnie stwierdzono zwężenie prawego moczowodu, co należy uznać za przyczynę wodonercza, które rozwinęło się u chorej. Podczas tego zabiegu nie stwierdzono kamicy układu moczowym, na co wskazywało badanie usg - badania obrazowe są jednak tylko badaniami pomocniczymi, które nie zawsze pokazują rzeczywisty stan narządów.

Punktem wyjścia posocznicy u powódki było zakażenie układu moczowego, a wodonercze sprzyjało jego rozwojowi. Zakażenie to rozwinęło się bardzo szybko (w ciągu około półtorej doby od momentu przyjęcia do Szpitala) w najgroźniejszą swoją postać, tj. posocznicę ze wstrząsem septycznym, ale aktywne i wielokierunkowe postępowanie diagnostyczne i lecznicze wobec chorej pozwoliło na uratowanie życia chorej.

Dowód:

opinia Uniwersytetu Medycznego w Ł. (k.152-177)

Na stan faktyczny sprawy złożyły się ustalenia faktyczne których Sąd dokonał na podstawie powołanych powyżej i zalegających w aktach sprawy dokumentów dopuszczonych w charakterze dowodu przez Sąd a także na podstawie zeznań świadka zeznania świadków: M. N. i M. W..

Dokumenty dające podstawę dla poczynienia ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd uznał za autentyczne i wiarygodne. Ich treść i forma nie budziły zastrzeżeń i wątpliwości uczestników postępowania, nie ujawniły się też takie okoliczności, które należałoby brać pod uwagę z urzędu, a które podważałyby wiarygodność tych dowodów i godziły w ich moc dowodową od strony materialnej czy formalnej.

W zakresie dowodów osobowych za wiarygodne uznał Sąd zeznania świadków. W zakresie twierdzeń o faktach przedstawionych w opisie stanu faktycznego zeznania te w przeważającej mierze pozostawały w zgodzie z przedłożonymi w sprawie dowodami z dokumentów w postaci dokumentacji medycznej a zatem nie było przesłanek, aby zeznania te kwestionować.

Sąd podzielił wnioski płynące z opinii Uniwersytetu Medycznego w Ł.. Opinia ta spełniała wszystkie kodeksowe wymogi w zakresie opiniowania. Cechowała się rzetelnością, fachową wiedzą w opiniowanym przedmiocie i brak było skutecznych przesłanek mogących podważać zasadność wniosków zawartych w opinii. Biegli w obszernych analizach przedstawili podstawy, na których operli się wydając opinie, jak i wskazali przesłanki prowadzące do końcowych wniosków. Wnioski zawarte w opinii w wystarczającym zakresie odpowiadały na pytania Sądu skierowane do biegłych.

Zarzuty do opinii zgłosiła jedynie powódka wskazując, że zabieg nefrostomii powinien być wykonany jedynie wówczas gdy nerka zmieniona wodonerczem rokuje jakiejkolwiek nadzieje na wyzdrowienie. Jeżeli natomiast doszło do jej całkowitego uszkodzenia, a tak było u powódki, to zabieg ten jest bezcelowy. Na to wskazywały badania usg jak i tomografii komputerowej jamy brzusznej i objawy podwyższonej temperatury ciała. W tej sytuacji należało rozważyć czy nikłe szanse powodzenia zabiegu nefrostomii uzasadniają jego wykonanie w sytuacji gdy zabieg może nie doprowadzić do poprawy stanu zdrowia a doprowadzić do przesunięcia się ograniczonej dotychczas przestrzeni zagrożenia i wyzwolenia ogólnego zakażenia. Tego w ocenie powódki nie wzięto pod uwagę. W ocenie powódki opinia jest wadliwa bowiem w zespole opiniującym zabrakło specjalistów: radiologa, chorób zakaźnych, patomorfologa i nefrologa o co powódka wносиła. Błąd polegający na nie skorzystaniu z wiedzy takich specjalistów był przyczyną niewyjaśnienia w opinii wszystkich istotnych kwestii. Obok polemiki o charakterze typowo medycznym powódka podniosła również, że biegli bezpodstawnie odmówili określenia procentowego uszczerbku na zdrowiu powódki pomimo, że takie pytanie zostało zawarte w zaleceniu wykonania opinii.

Odnosząc się do zarzutów powódki zwrócić należy uwagę, że złożoność problemu medycznego przedstawianego przez powódkę spowodowała sięgnięcie po najbardziej fachowy dowód z zakresu specjalistki jakim jest opinia instytutu naukowego (art. 290 k.p.c.). Takie opinie korzystają ze szczególnego autorytetu naukowego. Pracownicy Instytutu cechowali się o szczególnie wysokim stopniem przygotowania praktycznego i teoretycznego. Godzi się zauważyć, że dwójka z opiniujących biegłych posiadała tytuł naukowy profesora. Ponadto zwrócić należy uwagę, że w ramach Instytutu poszczególni biegli nawet jeżeli nie angażują dodatkowych biegłych innych specjalizacji do wydania danej opinii to mają możliwości konsultacji. Tym w szczególności cechuje się właśnie opinia Instytutu. Niezależnie od wiedzy i doświadczenia osób, które zostaną wyznaczone przez instytut do wydania opinii, mają one zatem możliwość prowadzenia konsultacji w szerszym gronie specjalistów zgromadzonych w danej jednostce, co daje gwarancje dokładniejszego zbadania sprawy. Nie można zatem zgodzić się z powódką, iż brak powołania do zespołu opiniującego części wskazanych przez nią specjalistów skutkuje wadliwością tej opinii. Żaden przepis prawa nie zawiera unormowań co do składu osobowego zespołu opiniującego a najlepszym rozwiązaniem w przypadku wydawania opinii przez instytut naukowy jest pozostawienie właśnie temu instytutowi możliwości doboru odpowiednich specjalistów. Tak też uczynił Sąd Okręgowy dopuszczając dowód z opinii instytutu. Co do ściśle medycznych zarzutów powódki zwrócić należy uwagę, że biegli dokładnie i wyczerpująco wskazali przesłanki na których oparli swoje wnioski o braku jakiegokolwiek błędu w sztuce medycznej ze strony personelu medycznego pozwanego Szpitala. Wskazywane przez powódkę zarzuty są jedynie polemiką z wnioskami wynikającymi ze specjalistycznej wiedzy biegłych. Sąd nie jest władny kwestionować tych wniosków skoro opinia zawiera wszystkie niezbędne cechy opinii a biegli prawidłowo przedstawili ścieżkę analizy prowadzącej do takich wniosków. Jak wskazano powyżej biegli cechowali się szczególnie dużym autorytetem, praktyką i wiedzą teoretyczną potwierdzoną najwyższymi tytułami naukowymi. Odnośnie zarzuty braku oceny stopnia procentowego uszczerbku na zdrowiu powódki nie można zgodzić się z powódką, iż taki brak powinien powodować uzupełnienie opinii. Takie pytanie zostało do biegłych skierowane jednakże miało ono charakter fakultatywny. Na etapie dopuszczenia dowodu z opinii Instytutu Sąd nie posiadał bowiem jeszcze wiedzy odnośnie tego jakie będą wnioski główne a zatem w zakresie związku przyczynowo – skutkowego. Biegli słusznie uznali, że w przypadku stanowczego wykluczenia przyczynienia się personelu medycznego pozwanego Szpitala do utraty zdrowia przez powódkę, szacowanie procentowego uszczerbku na zdrowiu powódki nie jest konieczne.

Pozostałe, nie wskazane powyżej dowody zalegające w aktach nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy rozważył, co następuje:

Powódka wystąpiła z roszczeniami, wynikającymi z odpowiedzialności deliktowej, przeciwko Szpitalowi (...)w T.. Ponadto powódka pozwała również ubezpieczyciela – (...) Spółka Akcyjna w W., który udzielał pozwanemu, w okresie zdarzenia, z którego powódka wywodzi swoje roszczenia, ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

Odnośnie pozwanego Szpitala (...)w T. podstawa prawna odpowiedzialności strony pozwanej opiera się zatem na przepisie art. 430 k.c. Podstawa taka zachodzi w szczególności w zakresie odpowiedzialności za delikty popełnione w ramach świadczenia usług zdrowotnych realizowanych w ramach gwarantowanej opieki medycznej objętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, kiedy pacjent opiera swoje prawo do tych usług na podstawie obowiązujących przepisów ustawowych. Jak wynika z okoliczności ujawnionych w sprawie, oraz twierdzeń samej powódki, świadczenia medyczne z którymi powódka wiąże odpowiedzialność pozwanego Szpitala były realizowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Powódka nie opierała swoich roszczeń na podstawie bezpośredniej umowy z lekarzem w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Analizując przesłanki odpowiedzialności deliktowej z tytułu tzw. błędu lekarskiego, zwrócić należy uwagę, że przesłankami tymi są: zawinienie lekarza (czy też szerzej personelu medycznego), szkoda, oraz związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem lekarza. Podkreślić należy, że pomiędzy szkodą a zawinionym działaniem lekarza musi zachodzić tzw. adekwatny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.). Pomijając szersze teoretyczne wywody odnośnie definicji winy w prawie cywilnym, dla jasności obecnych rozważań zwrócić należy jedynie uwagę, iż na pojęcie winy lekarza w sytuacji tzw. błędu medycznego składa się zarówno

element obiektywny w postaci naruszenia reguł prawidłowego postępowania, jak również element subiektywny (tzw. przypisywalność winy) w postaci przynajmniej niedbalstwa, czy też lekceważenia obowiązków. Podkreślić należy że tylko zawiniony błąd lekarski może skutkować odpowiedzialnością lekarza, czy też placówki medycznej względem pacjenta. Działanie lub zaniechanie lekarza musi nosić znamiona bezprawności. Dopiero wówczas gdy zaistnieją przesłanki pozwalające na przypisanie odpowiedzialności deliktowej lekarzowi, możliwe jest przypisanie tej odpowiedzialności (art. 430 k.c.) również szpitalowi w strukturze którego lekarz ten wykonuje swoją praktykę lekarską.

Jak wynika z treści art. 430 k.c. odpowiedzialność szpitala za zawiniony błąd medyczny lekarza opiera się na zasadzie ryzyka. Szpital nie może się więc uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności, itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy lekarzowi nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

Mając na względzie powyższe zgodzić się należy ze stroną pozwaną, iż powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności deliktowej po stronie pozwanego Szpitala, co dotyczy w pierwszej kolejności związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy utratą zdrowia przez powódkę – ściśle utratą lewej nerki - a niewłaściwą diagnozą i leczeniem – ściśle zbędnie wedle powódki wykonanym zabiegiem nefrektomii i zbyt późnym usunięciem prawej nerki - w wykonaniu personelu medycznego pozwanego Szpitala. Jak wynika z okoliczności faktycznych zarzuty powódki w tym zakresie są niezasadne. Wnioski zawarte w opinii wysokiej klasy specjalistów z Uniwersytetu Medycznego w Ł. stanowczo wykluczyły jakikolwiek błąd ze strony personelu medycznego pozwanego Szpitala, podkreślając, że ich działania były zgodne ze sztuką medyczną i miały na celu ratowanie życia powódki.

Podkreślić należy że za tzw. błąd w sztuce lekarskiej uznane może być takie postępowanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Na kanwie okoliczności ujawnionych w sprawie nie można mówić o obiektywnej niewłaściwości postępowania personelu medycznego w pozwanym Szpitalu w sytuacji gdy jedynie powódka wysnuwa taki wniosek a przeczą mu biegli o wysokiej wiedzy medycznej. W szczególności zauważyć należy, że zabieg nefrostomii przezskórnej rzeczywiście nie mógł okazać się pomocny w przypadku powódki z uwagi na bardzo poważne uszkodzenie nerki prawej i całkowite jej obumarcie, jednakże na wstępnym etapie, kiedy to powódka została przyjęta na oddział urologii i po badaniu USG trudno było jednoznacznie stwierdzić i od razu podjąć decyzje o usunięciu nerki bez bardziej specjalistycznych badań, zwłaszcza, że zabieg usunięcia nerki jest zabiegiem już nieodwracalnym. Gdy stan zdrowia powódki się nadal pogarszał i wykonano badanie CT w trybie pilnym można było podejmować decyzje o całkowitym usunięciu nerki. Nie można wykluczyć, że pochopne usunięcie nerki tylko dlatego, że występuje duże wodonercze lub roponercze mogłoby stanowić istotne okaleczenie powódki w sytuacji gdy takie stany zapalne nerek podlegają w pierwszej kolejności leczeniu farmakologicznemu. Teza, że nefrostomia spowodowała rozprzestrzenienie się zakażenia po organizmie nie jest przekonująca albowiem stan zapalny, na co zwracali uwagę biegli w opinii, występował u powódki już w momencie przyjęcia jej do szpitala i bardzo szybko narastał. Łatwo jest obecnie formułować zarzuty ex post kiedy wiadomo co się ostatecznie stało i jakie przebieg przybrało schorzenie powódki, jednakże w momencie podejmowania decyzji o zabiegu nefrostomii lekarze taką wiedza nie dysponowali i nawet nie przypuszczali, że dojdzie do sepsy i obumarcia drugiej nerki, co jest zdarzeniem nadzwyczajnym i zależnym od splotu wielu okoliczności a także właściwości osobniczych każdego pacjenta. Powódka jest osobą młodą, co bardziej skłaniałoby do przyjęcia, że jej organy są bardziej sprawne aniżeli u osoby zaawansowanej wiekiem. U osób młodych w pierwszej kolejności stosuje się leczenie i to nawet długotrwałe, a usuwanie organów jest ostatecznością, kiedy inne metody leczenia zawodzą.

W świetle powyższego brak jest podstaw do wiązania negatywnych skutków w postaci utraty zdrowia przez powódkę z zawinionym działaniem czy też zaniechaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala. Zwrócić należy także uwagę, że nie każda błędna diagnoza może być podstawą odpowiedzialności deliktowej lekarza, czy też szpitala. Do przypisania odpowiedzialności deliktowej konieczne jest w tym względzie wykazanie nienależytej staranności podczas czynności podjętych podczas diagnozowania pacjenta. Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została

wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Mając na względzie wnioski zawarte w opinii Instytutu nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową.

Wobec braku podstaw do przypisania odpowiedzialności deliktowej po stronie pozwanego Szpitala, nie mogą być uwzględnione roszczenia podnoszone przez powódkę a mianowicie roszczenia o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość. Przesłanką zasadności tych roszczeń jest bowiem w pierwszej kolejności możliwość przypisania odpowiedzialności deliktowej po stronie pozwanej a zatem ustalenie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem personelu pozwanego Szpitala a utratą zdrowia przez powódkę (art. 361 k.c., art. 444 k.c. art. 445 k.c.). Zwrócić również należy uwagę, że w treści pozwu powódka wskazała również na art. 471 k.c. i art. 472 k.c. wskazując, że pozwany Szpital nieprawidłowo wykonywał umowę o świadczenie medyczne. Zwrócić jednakże w tym miejscu należy uwagę, że jak wynika z okoliczności faktycznych powódka korzystała ze świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 471 k.c. dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Natomiast zgodnie z art. 472 k.c. jeżeli ze szczególnego przepisu ustawy albo z czynności prawnej nie wynika nic innego, dłużnik odpowiedzialny jest za niezachowanie należytej staranności. Istotnym jest to, iż kontraktowa odpowiedzialność odszkodowawcza podobnie jak odpowiedzialność deliktowa w pierwszej kolejności musi opierać się na związku przyczynowo – skutkowym pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem zobowiązanego. Jak wskazano powyżej takiego związku w niniejszym przypadku brak.

Odnosząc się do podstaw odpowiedzialności drugiego z pozwanych a mianowicie ubezpieczyciela – (...) Spółka Akcyjna w W., który udzielał pozwanemu, w okresie zdarzenia z którego powódka wywodzi swoje roszczenia, ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zwrócić należy uwagę, iż również brak jest podstaw do odpowiedzialności z uwagi na brak związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem podmiotu – w niniejszej sprawie pozwanego Szpitala – za którego ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Stosownie do treści art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłaty odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczony. Przy czym jak stanowi art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. W tym stanie rzeczy powódka mogła swoje roszczenia wynikające z odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala kierować przeciwko pozwanemu ubezpieczycielowi, który był związany ze Szpitalem umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Ponadto na marginesie zwrócić należy uwagę, że w aktualnym stanie prawnym zasady i ramy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ujęte zostały w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 217) oraz w wydanym na jego podstawie rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. nr 293 poz. 1729). Ponadto ogólne zasady podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom określa ustawa z 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (j.t. Dz. U. z 2013 r. poz. 392). Zgodnie z art. 19 ust 1 ustawy poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Stan prawny w tym zakresie w odniesieniu do okresu w jakim miały miejsca zdarzenia z których powódka wywodzi swoje roszczenia nie uległ istotnej zmianie (Dz. U. z 2003 r. poz. 124 nr 1152).

Powódka mogła zatem co do zasady kierować swoje roszczenia również względem ubezpieczyciela (odpowiedzialność in solidum) a mianowicie (...) Spółka Akcyjna w W., który udzielał pozwanemu, w okresie zdarzenia z którego powódka wywodzi swoje roszczenia, ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia od odpowiedzialności

cywilnej, jednakże brak jest podstaw do takiej odpowiedzialności z uwagi na brak związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem podmiotu – w niniejszej sprawie pozwanego Szpitala – za którego ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zatem również to powództwo musiało podlegać oddaleniu.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.

O kosztach postępowania orzeczono po myśli art. 98 k.p.c. Powódka przegrała proces w całości a zatem zgodnie z art. 98 k.p.c. powinna zwrócić stronom pozwanym koszty procesu. Powódka zgłosiła bardzo wysokie roszczenia, można powiedzieć, że rażąco wygórowane, a w pismach procesowych, które zawierają treści i wywody medyczne z uporem przedstawia tezy innej osoby i firmuje je własnym podpisem. Każda ze stron występując z powództwem winna się liczyć z kosztami procesu a zwłaszcza decydując się na korzystanie z doradztwa innych osób ma też możliwość weryfikacji stanowiska i jego obiektywnej oceny.

W tym stanie rzeczy orzeczono jak w sentencji wyroku.

SSO Irena Choma-Piotrowska

(...)

- (...)

- (...)

(...)