

Sygn. akt I ACa 999/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 stycznia 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Krystyna Golinowska

Protokolant: Klaudyna Kłusek

po rozpoznaniu w dniu 29 grudnia 2021 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **A. W.**

**przeciwko (...) Spółce Akcyjnej Oddziałowi
w Ł. i Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii
i Traumatologii im. M. K. w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 24 lipca 2020 r. sygn. akt I C 338/14

- 1. oddala apelację;**
- 2. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanych kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 999/20

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 24 lipca 2020 r. Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił

powództwo A. W. przeciwko Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. oraz (...) Spółce Akcyjnej Oddział w Ł. oraz nie obciążył powoda kosztami procesu ani obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych na rzecz Skarbu Państwa.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 18 grudnia 2012 r. T. W. ponownie zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego szpitala im. M. K. ze skierowaniem wystawionym przez lekarza POZ. Stwierdzono u niej dolegliwości bólowe trwające od 6 dni, które zaostrzyły się w przeciągu 4 dni. Dolegliwości te zlokalizowane były głównie w śródbrzuszu, towarzyszyły im wymioty i biegunka. T. W. nie gorączkowała. Dolegliwości te, badanie przedmiotowe oraz badania laboratoryjne w kierunku zapalenia trzustki wykluczyły cechy ostrej choroby chirurgicznej i nie dawały podstaw do hospitalizacji T. W., sugerowały zaś infekcję przewodu pokarmowego. Zalecono jej kurację w tym kierunku – dietę i leki.

Mimo stosowania się do zaleceń lekarskich nie nastąpiła poprawa jej samopoczucia, dodatkowo pojawiła się temperatura. W dniu 25 grudnia 2012 r. żona powoda zadzwoniła po pogotowie, skarżąc się na bóle brzucha i wysoką temperaturę. W rozmowie z dyspozytorką T. W. opisywała, że ma twardego brzuch, ale nie przez cały czas. Wskazała,

że twarde brzuch pojawił się dopiero rano 25 grudnia. Opisała, że wypróżnia się normalnie, odchodzą gazy, nie ma wymiotów ani biegunki. Dyspozytorka poinformowała ją, że powinna wezwać lekarza na wizytę domową.

W dniu 27 grudnia 2012 r. T. W. ponownie zgłosiła się do (...) pozwanego szpitala skarżąc się na okresowo pojawiające się bóle brzucha i gorączkę. Badaniem fizykalnym stwierdzono brzuch miękki, nieznacznie wzdęty, zachowaną perystaltykę jelit, bez objawów otrzewnowych, tkliwy w podbrzuszu. Lekarz dyżurujący stwierdził, że nie ma cech zapalenia otrzewnej i bólu ostrego brzucha, wobec czego nie zlecono przeprowadzenia żadnych badań. Jednocześnie lekarz skierował pacjentkę do Szpitala im. (...), by wykluczyć tło zakaźne choroby.

Tego samego dnia T. W. zgłosiła się do Szpitala im. (...), gdzie rozpoznano guz w okolicy podbrzusza i skierowano na dalsze badania w Szpitalu (...). Żona powoda zgłosiła się do (...) w dniu 28 grudnia 2012 r., gdzie wykluczono etiologię guza z dróg rodnych, zaś badaniem USG wykryto w podbrzuszu zbiornik z treścią płynną i skierowano ją do oddziału chirurgicznego. Tego samego dnia została przyjęta do klinicznego oddziału chirurgii endokrynologicznej szpitala im. M. K., gdzie rozpoznano ropień podbrzusza i ostre zapalenie otrzewnej. Niezwłocznie przeprowadzono operację, w trakcie której dokonano wycięcia fragmentów jelita cienkiego i wyłoniono sztuczny odbył, stwierdzając naciek w miednicy, międzypętlowe ropnie w podbrzuszu, zrosty otrzewnowe oraz przedziurawienie jelita cienkiego.

W drugim dniu po operacji powód odwiedził żonę w szpitalu, był z nią normalny kontakt. Kilka dni po operacji T. W. spadła w nocy ze szpitalnego łóżka, które nie miało zabezpieczeń.

W trakcie rekonwalescencji pooperacyjnej u żony powoda wystąpił zawał mięśnia sercowego w przebiegu miażdżycy. W przeprowadzonej koronarografii stwierdzono zwężenie naczynia wieńcowego w 75% na długości 1 cm, w związku z czym wykonano angioplastykę naczyń wieńcowych i 3 stycznia 2013 r. przeniesiono ją do oddziału kardiologicznego, z uwagi na występowanie niemiernowej akcji serca. Nie stwierdzono u niej objawów otrzewnowych.

W dniu 5 stycznia 2013 r. w badaniu radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono u T. W. duże zmiany patologiczne w wyniku stanu zapalnego oraz niewielką ilość wolnego płynu w podbrzuszu, międzypętlowo w badaniu USG jamy brzusznej. Tego samego dnia wykonano u niej powtórny zabieg operacyjny, w którym rozpoznano naciek zapalny obejmujący jelito cienkie z perforacjami i ropniami międzypętlowymi oraz sieć większą, esicę, macicę i pęcherz moczowy, a także włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej. W związku z pogarszającym się stanem zdrowia chora została przeniesiona do oddziału intensywnej opieki medycznej. Bardzo ciężki, septyczny stan pacjentki utrzymywał się, zalecono drenaż jamy opłucnowej. Przeprowadzono konsultacje internisty, kardiologa, anestezjologa i kilkakrotne chirurga. 8 stycznia 2013 r. u chorej wystąpiła rozedma podskórna w okolicy szyi, a następnego dnia odma prawej jamy opłucnowej. W ostatnim etapie leczenia wystąpiła posocznica. Mimo prowadzonego leczenia T. W. zmarła w dniu 10 stycznia 2013 r.

Prokuratura Rejonowa Ł., na skutek zgłoszenia A. W., prowadziła postępowanie w przedmiocie możliwości narażenia T. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które postanowieniem z 30 września 2016 r. zostało umorzone.

Następnie Sąd meriti stwierdził, że po ostatecznym ustaleniu rozpoznania i leczeniu chirurgicznym żony powoda podejmowano adekwatne do sytuacji decyzje postępowania, które okazały się niewystarczające. Działanie chirurga w pozwanym szpitalu było prawidłowe.

Nie wiadomo w jakim czasie od wystąpienia pierwszych dolegliwości u chorej, zgłaszanych lekarzowi pierwszego kontaktu, aż do pewnego, poczynionego podczas operacji, stwierdzenia przedziurawienia jelita, doszło do perforacji. Może się natomiast zdarzyć, że do perforacji dojdzie w jelicie otoczonym przez inne pętle jelit i wtedy przedziurawienie nie powoduje wyraźnych objawów, zwłaszcza gdy perforowane jest jelito w większej odległości od żołądka. Ropnie międzypętlowe są skutkiem powstałego stanu zapalnego jelita lub wydostającej się treści pokarmowej z jelit. Wywołuje to dolegliwości bólowe, którym może towarzyszyć stwierdzony guz w jamie brzusznej. Zrosty otrzewnowe w zależności

od umiejscowienia i ich wielkości mogą powodować utrudnienie perystaltyki, a więc przemieszczanie się treści pokarmowej, co w efekcie daje objawy "ostrego brzucha".

U żony powoda żaden badający ją lekarz nie opisał takiego stanu. Najprawdopodobniej między 23 a 24 grudnia 2012 r. doszło u niej do perforacji jelita. Podczas diagnostyki ujawniono u niej istnienie guza umiejscowionego między pęcherzem a macicą, zatem podczas badania per rectum wykonanego w pozwanym szpitalu nie dało się go wyczuć. Dopiero badanie w (...) wykluczyło związek tego guza z drogami rodnymi.

W opisie operacyjnym dotyczącym zabiegu przeprowadzonego u T. W. 28 grudnia 2012 r. nie ma zlokalizowanego miejsca perforacji – jest tylko wskazane jelito cienkie. Jelita cienkie były u chorej tak posklejane, że powstał guz wielkości pięści. Objawy chorej były nietypowe i występowały w konglomeracie, nadto samo umiejscowienie guza było trudne, co opóźniło postawienie właściwej diagnozy.

Upadek z łóżka nie mógł spowodować u T. W. wewnętrznych obrażeń.

Podczas diagnostyki u T. W. stwierdzono nikotynizm. Mógł on być przyczyną zwężenia naczyń wieńcowych, co było przyczyną zawału serca. Przyczyną zgonu T. W. był zawał oraz zapalenie otrzewnej, które odpowiadają za ciężki stan zdrowia pacjentki prowadzący do zgonu. W czasie pierwszej operacji usunięto otwór w jelicie, 3 stycznia chora była operowana kardiologicznie. Pomiędzy 3 a 5 stycznia dołączyły narastające objawy zapalenia otrzewnej. Jelita gorzej funkcjonowały, podczas reoperacji ujawniła się nowa dziura w jelicie, nie było to pęknięcie wykonanego wcześniej zespolenia.

W opinii sporządzonej przez Zakład Medycyny Sądowej PUM w S. w prowadzonym przez prokuraturę postępowaniu karnym wskazano, że zaawansowanie u T. W. objawów w dniu 18 grudnia 2012 r. było prawdopodobnie niewielkie, zatem nawet gdyby była konsultowana przez specjalistę chirurga nie zlecono by innego postępowania. W dniu 27 grudnia 2012 r. stan chorej był zapewne poważniejszy, a objawy bardziej wyraźne, zatem błędem było odstąpienie od konsultacji przez chirurga i samodzielne skierowanie pacjentki do innego szpitala.

Wczesne rozpoznanie ropnia, jego drenaż, podanie antybiotyku, zwykle zapobiega uogólnieniu się procesu zapalnego i powstania posocznicy i sepsy. Jednakże nie da się stwierdzić, jaki byłby wynik leczenia ropni, jeśli ich rozpoznanie nastąpiłoby w dniu 18 grudnia 2012 r. (zakładając, że w tym czasie one już były). Nie da się również stwierdzić, czy rozpoznanie ropni w dniu 27 grudnia 2012 r. skutkowałoby podjęciem pilnej operacji i jaki byłby jej wynik, mając na uwadze, że u chorej doszło w okresie pooperacyjnym do zawału serca, co nie jest bezpośrednim wynikiem przeprowadzonego zabiegu.

W przypadku bólów brzucha typowym postępowaniem w ramach (...) jest wykonanie USG jamy brzusznej. W badaniu laboratoryjnym wykonanym 18 grudnia 2012 r. stwierdzono podwyższoną liczbę leukocytów, lecz nie wykonano dodatkowych badań, np. CRP. Nie można powiedzieć, kiedy doszło do perforacji jelita. Jest wysoce prawdopodobne, że u pacjentki przez 9 dni toczył się proces zapalny, występowały też ropnie śródbrzusne, które organizm ograniczył i nie doszło do rozlanego zapalenia otrzewnej, a w dniu 28 grudnia 2012 r. wykonano badanie obrazowe, które ujawniło ropnie i podjęto wtedy właściwe leczenie, które po tej dacie było prawidłowe.

Sekcja zwłok nie wykluczyła ani sepsy, ani zawału serca jako bezpośredniej przyczyny śmierci żony powoda. Choć wydaje się, że miała ona zaawansowaną chorobę wieńcową, a prawdopodobieństwo zgonu sercowego było większe niż zgonu z powodu sepsy.

Na podstawie opinii biegłego specjalisty z zakresu gastroenterologii dr n.med. K. G. Sąd Okręgowy wskazał, że w czasie obu pobytów w (...) pozwanego szpitala badaniem fizykalnym nie stwierdzono u żony powoda cech czynnego i ostrego procesu w jamie brzusznej. Jednak mimo, że w dniu 27 grudnia 2012 r. kolejny raz chora zgłosiła się na izbę przyjęć, nie wykonano poszerzonej diagnostyki w celu wyjaśnienia przedłużających się dolegliwości. Ze względów gastroenterologicznych nieprawidłowym w tym przypadku było niewykonanie podstawowych badań dodatkowych (np. (...), leukocytoza, diastaza, lipaza) oraz badania USG jamy brzusznej. To ostatnie zostało wykonane w dniu 28

grudnia 2012 r. w (...), co zdecydowało o następczym leczeniu operacyjnym T. W.. W omawianym przypadku nie można było wykluczyć, szczególnie kiedy chora ponownie zgłosiła się do pozwanego szpitala, ewentualnie toczącego się w jamie brzusznej procesu zapalnego. Jednak nie można podać nawet przybliżonej daty początku jego powstania.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd I instancji uznał za przydatne opinie wydane przez biegłych z zakresu chirurgii: prof.dr hab.med. A. M. i dr med. K. L. oraz biegłego z zakresu gastroenterologii dr n.med. K. G., które w końcowych wnioskach, potwierdzają się wzajemnie. W swoich opiniach biegli wskazali, że bezspornie wczesne rozpoznanie ropnia, jego drenaż i podanie antybiotyku, zwykle zapobiega uogólnieniu się procesu zapalnego i powstania posocznicy i sepsy, jednakże nie da się stwierdzić, jaki byłby wynik leczenia ropni u T. W., jeśli ich rozpoznanie nastąpiłoby w dniu 18 grudnia 2012 r. (zakładając, że w tym czasie one już były). Nie da się również stwierdzić, czy rozpoznanie ropni w dniu 27 grudnia 2012 r. skutkowałoby podjęciem pilnej operacji i jaki byłby jej wynik, mając na uwadze, że u chorej doszło w okresie pooperacyjnym do zawału serca, co nie jest bezpośrednim wynikiem przeprowadzonego zabiegu. Niewątpliwie nie było prawidłowe niewykonanie przez lekarzy (...) pozwanego szpitala podstawowych badań dodatkowych (np. (...), leukocytoza, diastaza, lipaza) oraz USG jamy brzusznej, zwłaszcza kiedy chora zgłosiła się do Izby Przyjęć w dniu 27 grudnia 2012 r. Jednocześnie T. W. cierpiała na poważne schorzenie układu naczyniowego, które ujawniło się podczas hospitalizacji. Jak wskazali biegli, prawdopodobieństwo zgonu sercowego było większe niż zgonu z powodu sepsy, zaś choroba serca nie była naturalnym następstwem przeprowadzonego w pozwanym szpitalu leczenia. Nie można zatem wykazać istnienia bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarzy pozwanego szpitala zarówno w dniu 18 jak i 27 grudnia 2012 r., a śmiercią T. W..

Sąd meriti oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii (...) w S. na okoliczność nieprawidłowości w diagnozowaniu T. W. oraz szans na skuteczną rekonwalescencję w przypadku wcześniejszego stwierdzenia choroby oraz możliwych sposobów jej leczenia, gdyż okoliczności te zostały wystarczająco wyjaśnione w odniesieniu do pozwanego szpitala, zaś nieprawidłowości dotyczące innych placówek nie były przedmiotem niniejszego postępowania.

Dokonując oceny prawnej Sąd Okręgowy podkreślił, że bezspornie mimo dwukrotnego zgłoszenia się przez T. W., w dniach 18 i 27 grudnia 2012 r. na (...) pozwanego szpitala z bólami brzucha, w badaniu przedmiotowym nie znaleziono podstaw do rozszerzonej diagnostyki ani do hospitalizacji, zaś po ostatecznym zdiagnozowaniu jej w innych placówkach wykonano zabieg operacyjny.

W przedmiotowej sprawie w chwili zdarzenia pozwany szpital łączyła umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z (...) S.A.

W rozpoznawanej sprawie kwestią podlegającą rozważeniu w pierwszej kolejności było zweryfikowanie, czy został popełniony błąd w sztuce lekarskiej podczas diagnozowania i leczenia T. W. w Szpitalu im. (...) w Ł.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa bowiem obowiązek dołożenia należytej staranności, przy uwzględnieniu podwyższonej staranności jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia.

Sąd I instancji podniósł, że z ustalonego stanu faktycznego wynika, iż zespół objawów chorobowych opisanych w dokumentacji lekarskiej przez kilku badających T. W. lekarzy nie był charakterystyczny dla ostrych objawów brzusznych. Badaniem przez odbytnicę – poza żyłakami – nie stwierdzono zmian w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. Nie było zatem, jak wynika z opinii biegłych, oczywistych podstaw do podjęcia jakichkolwiek dodatkowych działań diagnostycznych. Chora została skierowana na oddział chorób zakaźnych Szpitala im. (...) celem wykluczenia ewentualnej choroby zakaźnej. Następnie została poddana badaniom ginekologicznym w (...), gdzie stwierdzono guza w miednicy małej, wykluczając przyczynę choroby w układzie rodym. Z powyższą diagnozą żona powoda ponownie trafiła do pozwanego szpitala, gdzie niezwłocznie podjęte zostały prawidłowe czynności medyczne, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Nie ma obowiązku, aby lekarze dyżurujący na Izbie Przyjęć posiadali specjalizację z chirurgii, przy czym obaj lekarze przyjmujący T. W. w (...) pozwanego szpitala odbywali specjalizację z chirurgii ogólnej, zaś ich decyzje, w odniesieniu do obrazu klinicznego ujawnionego podczas jej diagnozowania były prawidłowe. Co prawda istniała możliwość rozszerzenia diagnostyki, co z dużym prawdopodobieństwem mogłoby ujawnić postępujący stan zapalny w jamie brzusznej i przyspieszyć decyzję odnośnie do dalszego leczenia. Jednakże ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że u żony powoda nie występowały objawy charakterystyczne dla tzw. ostrego brzucha, co stanowiłoby bezsporne wskazanie do hospitalizacji.

Sąd meriti wskazał, że w toku postępowania nie ustalono, aby istniał związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy pozwanego szpitala a śmiercią pacjentki. Zawał, który był najbardziej prawdopodobną przyczyną zgonu, nie był skutkiem przeprowadzonego zabiegu. Nie wykazano także, aby podczas upadku pacjentki z łóżka szpitalnego mogło dojść do obrażeń wewnętrznych, które skutkowałyby pogorszeniem się jej stanu zdrowia. Objawy występujące u T. W. były nietypowe i występowały w konglomeracie, nadto samo umiejscowienie guza było trudne, co opóźniało postawienie właściwej diagnozy.

W dniu 27 grudnia 2012 r., kiedy T. W. ponownie zgłosiła się na (...) pozwanego szpitala, jej stan był zapewne znacznie gorszy niż podczas pierwszej wizyty, a objawy wyraźniejsze, zatem celowa wydaje się konsultacja specjalisty chirurga, jednak nie oznacza to, że wcześniejsze wdrożenie leczenia, w tym przeciwwzapalnego i operacyjnego, mogło zakończyć się wyleczeniem, w szczególności uniknięciem posocznicy, tym bardziej, że to schorzenia sercowo-naczyniowe, nie związane z zastosowanym leczeniem chirurgicznym stanowiły najbardziej prawdopodobną przyczynę jej śmierci.

Z tych wszystkich względów Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że sposób diagnostyki i leczenia T. W. w pozwanym szpitalu nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z jej śmiercią, a tym samym z krzywdą powoda, co skutkowało oddaleniem powództwa w całości.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd I instancji uzasadnił treścią art. 102 k.p.c., uznając że zasady współzycia społecznego przemawiają za nieobciążaniem powoda kosztami w tej sprawie, zważywszy na utratę najbliższej mu osoby oraz subiektywne odczucie o braku niesienia pomocy przez jednostkę do tego zobowiązaną. Nadto, o wyniku sprawy zadecydowało poczynienie skomplikowanych ustaleń faktycznych i wyprowadzenie w oparciu o wiedzę specjalistów różnych dziedzin medycznych wniosków co do przyczyn zgonu żony powoda. Takich wniosków i ustaleń powód nie był w stanie poczynić samodzielnie przed wytoczeniem procesu.

Powyższy wyrok zaskarżył powód w części oddalającej powództwo, zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

a) art. 233 § 1 k.p.c. polegające na sprzeczności ustaleń z zebrany materiałem dowodowym, poprzez dowolne ustalenie przez Sąd I instancji, że najbardziej prawdopodobną przyczyną śmierci T. W. był zawał mięśnia sercowego, na który bez wpływu pozostają schorzenia gastrologicznym, pomimo że z materiału dowodowego wynika, iż:

- w opiniach prof. dr hab. n.med. A. M. i biegłego z zakresu gastroenterologii dr n.med. K. G., które uznane zostały za wiarygodne i spójne wskazano, że wczesne rozpoznanie ropnia, jego drenaż i podanie antybiotyku zwykle zapobiega uogólnieniu się procesu zapalnego i powstania posocznicy,

- ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że rozszerzenie diagnostyki u żony powoda w (...) pozwanego szpitala z dużym prawdopodobieństwem mogłoby ujawnić postępujący stan zapalny w jamie brzusznej i przyspieszyć decyzję co do dalszego leczenia,

- personel szpitala nie wykonał na czas badań mogących ujawnić wystąpienie u T. W. perforacji jelita lub ropnia międzyjelitowego, w szczególności badań CRP, USG i konsultacji specjalisty chirurga,

- personel szpitala, mając wiedzę o dolegliwościach bólowych T. W. i jej ponownej w ciągu dwóch tygodni wizycie w (...), nie zastosował żadnych pogłębionych procedur diagnostycznych mających na celu poznanie etiologii bolesności brzucha, a tym samym bezsprzecznie przyczynił się do rozrostu procesu zapalnego,

b) art. 231 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c., w sytuacji gdy na gruncie tzw. dowodu prima facie materiał dowodowy zebrany w sprawie uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami w czasie pobytu T. W. w szpitalu i niedołożeniem tam należytej staranności w diagnostyce i leczeniu pacjentki a jej zgonem

oraz w konsekwencji powyższego:

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a) art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 355 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. i art. 445 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że w sprawie nie występują okoliczności przemawiające za przyjęciem, iż podczas diagnostyki T. W. w (...) pozwanego szpitala doszło do zachowania obiektywnie sprzecznego z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej (wskutek braku dodatkowej diagnostyki i zasięgnięcia konsultacji chirurgicznej) a tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że na śmierć żony powoda miało wpływ nieprawidłowe i zawinione zachowanie personelu medycznego szpitala, podczas gdy z dowodów zgromadzonych w sprawie wynika, iż doszło do szeregu zaniedbań i błędów, skutkujących odpowiedzialnością odszkodowawczą pozwanych,

b) art. 430 k.c. w zw. z art. 430 k.c. oraz w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, pomimo wykazania szeregu zaniedbań w opiece i diagnostyce T. W. w pozwanym szpitalu nie mają one znaczenia dla rozstrzygnięcia, z uwagi na to że śmierć pacjentki nastąpiła na skutek zawału mięśnia sercowego, którego bezpośredni związek z hospitalizacją i przebytymi zabiegami nie został wykazany.

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, według norm przepisanych, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach procesu za obie instancje. Nadto apelujący wniósł o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza kardiologa, w celu stwierdzenia czy w świetle zgromadzonej dokumentacji medycznej, a zwłaszcza protokołu sekcji zwłok można stwierdzić, czy przyczyną zgonu żony powoda był zawał serca.

W odpowiedzi na apelację pozwani wnieśli o jej oddalenie i zasądzenie od powoda kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja podlegała oddaleniu, na podstawie art. 385 k.p.c.

W pierwszej kolejności należało poddać ocenie zarzuty naruszenia prawa procesowego, ponieważ stosowanie prawa materialnego polega na podstawieniu stanu faktycznego ustalonego przez sąd orzekający pod hipotezę przepisu materialnoprawnego.

Zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. uznać należy za nietrafny, z tym zastrzeżeniem, że zgodzić należy się ze skarżącym, iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstawy do przyjęcia, że przyczyną śmierci T. W. były schorzenia sercowo – naczyniowe. Zaznaczyć przy tym należy, że w pierwszej kolejności, na podstawie opinii biegłego dr K. L. Sąd Okręgowy przyjął w podstawie faktycznej rozstrzygnięcia, że przyczyną śmierci żony powoda był zawał serca i zapalenie otrzewnej, gdyż zarówno przebieg rekonwalescencji po pierwszym zabiegu operacyjnym, jak i zawał mięśnia sercowego, który wystąpił w tym okresie były przyczyną ciężkiego stanu pacjentki, który doprowadził do zgonu. Nadto, na podstawie opinii biegłego dr A. M. Sąd I instancji ustalił, że sekcja zwłok nie wyjaśniła, co było przyczyną śmierci T. W., zatem nie da się wykluczyć ani sepsy, ani zawału serca jako bezpośredniej przyczyny śmierci, choć pacjentka miała zaawansowaną chorobę wieńcową, a prawdopodobieństwo zgonu sercowego jest większe niż zgonu z powodu sepsy. Konstruując podstawę faktyczną rozstrzygnięcia Sąd meriti oparł się zatem w głównej mierze na opiniach biegłych, których wnioski nie zostały zniekształcone. Na etapie rozważań prawnych z kolei Sąd Okręgowy stwierdził, że kluczowe dla rozstrzygnięcia jest to, że w toku niniejszego postępowania nie wykazano, by wcześniejsze wdrożenie leczenia, w tym przeciwwzapalnego i operacyjnego, mogło zakończyć się wyleczeniem T. W. – usunięciem ropni, perforacji jelita i uniknięciem posocznicy. Jednocześnie wskazał, że taki wniosek jest tym bardziej zasadny, iż to schorzenia sercowo-naczyniowe, nie związane z zastosowanym w pozwanym szpitalu, stanowiły najbardziej prawdopodobną przyczynę jej śmierci. O ile zgodzić się można, że to ostatnie stwierdzenie może wywoływać wątpliwości w kontekście przywołanych wyżej ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd I instancji, zauważyć należy, że uważna lektura pisemnego uzasadnienia zaskarżonego wyroku wskazuje, iż przyczyną oddalenia powództwa był brak podstaw do ustalenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego między sposobem diagnostyki i leczenia żony powoda w związku z dolegliwościami ze strony układu pokarmowego a jej śmiercią.

Mając powyższe na uwadze, w ocenie Sąd Apelacyjny nie zachodziła postulowana w środku odwoławczym potrzeba uzupełnienia materiału dowodowego przez dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza kardiologa, w celu stwierdzenia, czy w świetle zgromadzonej dokumentacji medycznej, a zwłaszcza protokołu sekcji zwłok można stwierdzić, czy przyczyną zgonu żony powoda był zawał serca, gdyż dotychczas zebrany materiał sprawy nie pozwala wykluczyć, że przyczyną była sepsa. Jednocześnie zauważyć należy, że - jak wynika z dokumentacji medycznej z oddziału kardiologicznego pozwanego szpitala - u żony powoda w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej rozpoznana została choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy. Wynik przeprowadzonej koronarografii wykazał u niej zwężenie naczynia wieńcowego w 75% na długości 1 cm, co wymagało wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych. Powyższe niekwestionowane ustalenia potwierdzają zatem, że T. W. cierpiała na chorobę wieńcową, czyli chorobę przewlekłą, w przebiegu której wystąpił w czasie hospitalizacji w pozwanym szpitalu zawał mięśnia sercowego. Powód nie kwestionował przy tym, że wystąpienie wspomnianego schorzenia kardiologicznego nie miało związku z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego i nie zgłosił żadnej inicjatywy dowodowej na powyższe okoliczności. Nie obciąża natomiast skarżącego obowiązek udowodnienia, że przyczyną śmierci jego żony był zawał mięśnia sercowego, gdyż niweczyłoby to twierdzenie pozwu o odpowiedzialności pozwanych za jej zgon.

Mając powyższe na uwadze stwierdzić należy, że decydujące znaczenie dla rozstrzygnięcia ma ustalenie – jak trafnie zauważył Sąd meriti – czy podjęte wobec T. W. czynności diagnostyczne były właściwe a przede wszystkim, czy wcześniejsze wdrożenie leczenia przeciwwzapalnego i operacyjnego, mogło zakończyć się uniknięciem sepsy i wyleczeniem pacjentki.

Wbrew odmiennemu przekonaniu apelującego, w tym zakresie Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Wbrew podniesionym zarzutom, Sąd I instancji przeanalizował bowiem całość czynności związanych z udzielaniem świadczeń medycznych T. W. w pozwanym szpitalu. Nie budzi zatem wątpliwości, że zaskarżony wyrok został wydany po pełnym wyjaśnieniu wszystkich okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Podkreślenia też wymaga, że wobec zastrzeżeń

zgłoszonych przez powoda biegli wydali opinie uzupełniające, w treści których w sposób klarowny, jednoznaczny i przekonujący wyjaśnili wszystkie zasygnalizowane wątpliwości. Opinie te nie były kwestionowane przez żadną ze stron, zaś powód nie zgłosił żadnych dalszych wniosków dowodowych (poza omówionym wyżej wnioskiem o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza kardiologa zgłoszonym w apelacji, który okazał się zbędny). Podkreślić należy, że poczynione przez Sąd meriti ustalenia faktyczne co do przebiegu diagnostyki żony powoda w czasie jej dwukrotnego pobytu w (...) pozwanego szpitala w dniach 18 i 27 grudnia 2012 r., a także leczenia podjętego w dniu 28 grudnia 2012 r. nie wywołują wątpliwości, znajdując potwierdzenie w niekwestionowanych zapisach dokumentacji medycznej oraz opinii wszystkich biegłych wydających opinie w rozpoznawanej sprawie. W tych warunkach zarzut obrazy art. 233 § 1 k.p.c. nie może odnieść zamierzonego skutku.

Oś sporu między stronami stanowi kwestia oceny, czy pomiędzy zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala polegającym na nieposzerzeniu diagnostyki w ramach pobytu pacjentki w (...) a szkodą istnieje normalny związek przyczynowy, co wymaga omówienia w ramach odniesienia się do zarzutu naruszenia art. 231 k.p.c. oraz art. 361 k.c.

W tym miejscu należy poczynić uwagi natury ogólnej. Istnienie związku między postępowaniem personelu medycznego a szkodą, jest koniecznym elementem odpowiedzialności odszkodowawczej. Związek ten musi być przy tym adekwatny, tj. pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.). Trafnie podniósł apelujący, że orzecznictwo wielokrotnie zajmowało się problemem związku przyczynowego w sprawach odszkodowań za szkody związane z leczeniem, wskazując że w tzw. procesach lekarskich ustalenie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt II CSK 285/07 oraz z dnia 27 lutego 1996 r., sygn. akt II CKN 625/97). Nie jest zatem konieczne, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny, zaś w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto reguły, które w praktyce w sposób znaczący złagodziły konsekwencje ciężaru dowodowego, spoczywającego na stronie powodowej. Innymi słowy do przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, odpowiadającego wymogom zawartym w art. 361 § 1 k.c., może wystarczyć ustalenie istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą – tzw. dowód *prima facie* (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13 oraz z dnia 4 listopada 2016 r. I CSK 739/15).

Rozważając zarzuty dotyczące udowodnienia przez powoda istnienia w tej sprawie błędu medycznego oraz związku przyczynowego między postępowaniem lekarzy (...) pozwanego szpitala a śmiercią T. W. zauważyć należy, że w istocie kwestie te nie należą do sfery ustaleń faktycznych, oceny materiału dowodowego czy naruszeń prawa procesowego, lecz do sfery oceny prawnej ustalonego w sprawie stanu faktycznego. Kwestia błędu medycznego oraz związku przyczynowego między tym błędem a jego skutkiem, jest oceną prawną dokonywaną wyłącznie przez Sąd, a nie przez biegłego, na podstawie całokształtu zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłego, gdyż poczynienie ustaleń w przedmiocie prawidłowości udzielonych świadczeń medycznych wymaga wiadomości specjalnych (art. 278 k.p.c.).

Do powstania odpowiedzialności odszkodowawczej zakładu leczniczego, konieczne jest spełnienie trzech przesłanek: powstanie szkody, zdarzenia z którym system prawny łączy obowiązek naprawienia szkody i związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą.

Odpowiedzialność zakładu leczniczego jest odpowiedzialnością szczególną, gdyż zakład ten odpowiada nie tylko za działanie bądź zaniechanie personelu medycznego, ale również za „winę organizacyjną” rozumianą jako własną winę osoby prawnej, przejawiającą się w naruszeniu odpowiednich procedur medycznych. Koniecznym elementem odpowiedzialności odszkodowawczej z czynu niedozwolonego jest również wykazanie winy. Kodeks cywilny przyjmuje dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania – czyli każde zachowanie niezgodne bądź z przepisami prawa lub też, w stosunku do lekarza, naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowanie sprzeczne z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element

subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Za szkodę wyrządzoną przez lekarza ponosi odpowiedzialność zakład leczniczy.

Obowiązkiem zakładu leczniczego jest niewątpliwie dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia.

Na gruncie rozpoznawanej sprawy niesporna pozostaje okoliczność, że żona powoda zgłosiła się do (...) pozwanego szpitala w dniu 17 grudnia 2012 r., przy czym z uwagi na okazanie wadliwie wypełnionego skierowania nie była diagnozowana. Po jego uzupełnieniu przez lekarza POZ, ponownie zgłosiła się do szpitala im. K. w dniu 18 grudnia 2012 r. Skarżyła się wtedy na kilkudniowe dolegliwości ze strony układu pokarmowego pod postacią niestrawności, wymiotów i biegunki, bez gorączki. W badaniu przedmiotowym lekarz stwierdził brak objawów otrzewnowych i zachowaną perystaltykę jelit. Ponadto przeprowadzono badania laboratoryjne w kierunku zapalenia trzustki, które nie potwierdziło się i na tej podstawie lekarz (...) uznał, że nie ma podstaw do hospitalizacji chorej. Ponownie, bez skierowania, z uwagi na utrzymujące się dolegliwości, do których dołączyła gorączka T. W. zgłosiła się do (...) pozwanej placówki w dniu 27 grudnia 2012 r., kiedy przeprowadzono podobną diagnostykę, rozszerzając ją jedynie o badanie per rectum. Ponownie w badaniu przedmiotowym nie stwierdzono objawów tzw. ostrego brzucha, natomiast z uwagi na występowanie gorączki odesłano pacjentkę do szpitala zakaźnego, do którego zgłosiła się tego samego, gdzie wykluczono występowanie choroby zakaźnej, natomiast w badaniu przedmiotowym ujawniono guz w okolicy podbrzusza, co sugerowało jego etiologię z dróg rodnych, w związku z czym żona powoda została skierowana do Szpitala (...). Do tej placówki zgłosiła się następnego dnia, gdzie w badaniu usg wykluczono schorzenie dróg rodnych, ujawniono zbiornik z treścią płynną w jamie brzusznej pod postacią ropnia, wobec czego T. W. ponownie została skierowana do pozwanego szpitala, gdzie jeszcze tego samego dnia wykonano zabieg operacyjny.

Dokonując oceny takich, niespornych ustaleń faktycznych, w aspekcie art. 361 § 1 k.c. decydujące znaczenie mają następujące kwestie. Po pierwsze, jak wynika ze zgodnych opinii wszystkich biegłych opiniujących w rozpoznawanej sprawie sposób leczenia chorej w pozwanej placówce od chwili jej hospitalizacji rozpoczętej w dniu 28 grudnia 2012 r. był zgodny z obowiązującą wiedzą lekarską i nie nasuwa żadnych zastrzeżeń. Zastrzeżenia może budzić natomiast niewykonanie szerszej diagnostyki, w zakresie badań laboratoryjnych jak i badania usg, w trakcie udzielania żonie powoda świadczeń medycznych w (...) w dniach 18 i 27 grudnia 2012 r. Biegli zgodnie podali jednak, że nawet w przybliżeniu nie można ustalić, kiedy u chorej rozpoczął się proces zapalny w jamie brzusznej i kiedy doszło do perforacji jelita, zaznaczając że w zasadzie wykluczyć można, że występował on już w czasie pierwszej konsultacji w (...), w dniu 18 grudnia 2012 r. W efekcie jakakolwiek dalsza diagnostyka nie mogłaby doprowadzić do wcześniejszego wdrożenia leczenia operacyjnego.

Inaczej przedstawiała się sytuacja w dniu 27 grudnia 2012 r. Wprawdzie mimo wyniku przeprowadzonych u pacjentki następnego dnia badań obrazowych potwierdzających ostre zapalenie otrzewnej, z opinii biegłych wynika, że nie jest to równoznaczne z występowaniem perforacji jelita już poprzedniego dnia, jednak stan T. W., która skarżyła się na opisane wyżej dolegliwości od kilkunastu dni, zaś do wcześniejszych objawów dołączyła podwyższona temperatura winien u lekarza dyżurnego wzbudzić większą czujność. Nie może jednak umknąć z pola widzenia, że również w dniu 27 grudnia 2012 r. u żony powoda nie występowały objawy tzw. ostrego brzucha, brzuch był miękki, z zachowaną perystaltyką jelit, chora nie zgłaszała przy tym problemów z wypróżnianiem się. Co więcej przeprowadzone u niej badanie per rectum nie mogło doprowadzić do ujawnienia guza, czy też ropnia, z uwagi na jego bardzo nietypowe umiejscowienie, w podbrzuszu między pęcherzem a macicą. Jak wskazał biegły dr K. G. w przypadku utrzymujących się dolegliwości ze strony jamy brzusznej należy brać pod uwagę tło zapalne lub zakaźne, więc skierowanie do szpitala

chorób zakaźnych (im. B.) nie stanowiło błędu diagnostycznego. Powyższe okoliczności świadczą o występowaniu nieswoistych, dyskretnych objawów ewentualnego stanu zapalnego w jamie brzusznej. Co najistotniejsze, jak wskazali biegli ani wcześniejsza hospitalizacja ani poszerzenie diagnostyki nie musiałyby skutkować podjęciem pilnej operacji, a tym bardziej przesądzić jej pozytywnego wyniku (gdyby została przeprowadzona w dniu 27 grudnia 2012 r.). Podkreślenia bowiem wymaga, że mimo prawidłowego przeprowadzenia pierwszej operacji, co potwierdza również powód, który drugiego dnia po zabiegu widział się z żoną, rozmawiał z nią i była ona w pełnym kontakcie, ponownie doszło u niej do perforacji jelita, co wywołało konieczność przeprowadzenia reoperacji. Materiał sprawy potwierdza bowiem, że reoperacja nie była wynikiem pęknięcia zespolenia wykonanego podczas pierwszej operacji. Wreszcie, na niepowodzenie zastosowanego prawidłowo leczenia mógł wpłynąć dodatkowy czynnik w postaci przebycia w okresie rekonwalescencji po pierwszym zabiegu operacyjnym zawału mięśnia sercowego. Wprawdzie, z przyczyn wyżej omówionych, w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie ma podstaw do przyjęcia, że zawał mięśnia sercowego, który może być samoistną przyczyną zgonu, był bardziej prawdopodobną przyczyną śmierci żony powoda, aniżeli wystąpienie sepsy w przebiegu dolegliwości gastroenterologicznych, jednakże nie można pomijać, że wystąpienie ostrego incydentu wieńcowego w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej, a później kolejnej perforacji jelita wymagającej reoperacji mogło znacząco obniżyć szanse na powodzenie prawidłowo zastosowanego leczenia operacyjnego, z uwagi na dodatkowe osłabienie organizmu. Ponadto, co podkreślali biegli, schorzenie jakie wystąpiło u T. W., to jest zapalenie otrzewnej i perforacja jelita, w tym kolejna perforacja, do której doszło po przeprowadzeniu pierwszej operacji i prawidłowym zespoleniu jelita, zawsze obarczone jest ryzykiem powikłań i zgonu.

Wreszcie dostrzec należy, że choć w czasie obu pobytów w (...) T. W. była diagnozowana przez lekarzy rezydentów, w trakcie specjalizacji z chirurgii, to nie dowodzi to zawinienia pozwanego szpitala, gdyż wbrew depozycjom biegłego A. M. brak jest normatywnej podstawy do zatrudniania w (...) wyłącznie lekarzy specjalistów, jak również obligatoryjnego skonsultowania pacjentki przez lekarza posiadającego specjalizację w ustalonym stanie faktycznym.

Z tych wszystkich względów, w ocenie Sąd Apelacyjny, w ustalonym stanie faktycznym nie ma podstaw do przyjęcia istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że nieposzerzenie diagnostyki w ramach (...) pozwanego szpitala w dniach 18 i 27 grudnia 2012 r. wywołało skutek w postaci śmierci żony powoda po przeprowadzonym prawidłowym leczeniu ropnia i perforacji jelita ujawnionego w dniu 28 grudnia 2012 r. Przede wszystkim materiał zgromadzony w sprawie nie dostarczył dowodów na występowanie tych schorzeń już w czasie pobytu T. W. w (...) pozwanego szpitala, zwłaszcza w pierwszej z tych dat. Po wtóre, charakter objawów klinicznych pacjentki, które jak wskazali biegli mają decydujące znaczenie dla rozpoznania objawów tzw. ostrego brzucha, większe aniżeli badania laboratoryjne, nie wskazywał na konieczność poszerzenia diagnostyki. Konkludując, mimo tragicznego skutku podjętego w dniu 28 grudnia 2012 r. leczenia żony powoda, stopień prawdopodobieństwa jego powodzenia w razie poszerzenia diagnostyki nie był na tyle wysoki, aby możliwe było zarzucenie pozwanemu szpitalowi dopuszczenia się błędu medycznego rozumianego jako naruszenie obowiązujących w procesie leczenia reguł postępowania, przy jednoczesnym zawinionym niezachowaniu przez lekarza wymaganego standardu staranności zawodowej. W ustalonym stanie faktycznym nie można bowiem skutecznie zarzucać pozwanej placówce zaniechania przeprowadzenia wymaganych w ujawnionym obrazie klinicznym pacjentki procedur umożliwiających jej wyleczenie.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd odwoławczy podziela stanowisko Sądu Okręgowego, prawidłowo wywiedzione z opinii biegłych oraz dowodów z dokumentów, że - wbrew zarzutom powoda - istnienie związku przyczynowego między postępowaniem personelu medycznego szpitala im. (...) a śmiercią jego żony nie zostało wykazane, co wyłącza przypisanie pozwanemu odpowiedzialności cywilnoprawnej. W konsekwencji nie można podzielić zarzutu obrazy prawa materialnego, bowiem prawidłowo ustalona podstawa faktyczna rozstrzygnięcia nie dawała podstawy do przypisania pozwanym odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. W tych warunkach powództwo zostało zasadnie oddalone, jako pozbawione podstaw prawnych i faktycznych.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. w punkcie II sentencji. Biorąc pod uwagę sytuację życiową powoda obciążenie go kosztami procesu nie dałoby się pogodzić z elementarnymi zasadami sprawiedliwości i słuszności.