

Sygnatura akt I C 272/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 25 listopada 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Izabela Korpik

Protokolant: po. stażysty Weronika Kowalska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 25 listopada 2016 r. w Poznaniu sprawy z powództwa

M. F., M. K. (1)

przeciwko

G. P. Szpital (...) w P.

o zapłatę

1. powództwo oddala;
2. nie obciąża powodów kosztami postępowania;
3. nieuiszczonymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa;

/-/ SSO Izabela Korpik

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 28 stycznia 2012 roku powodowie: małoletnia M. K. (2), M. F. i M. K. (1) wnieśli o zasądzenie od pozwanego G.P. Szpitala (...) w P. na rzecz małoletniej powódki M. K. (2) kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku błędu w sztuce lekarskiej w dniu 29 stycznia 2009 roku wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz małoletniej powódki M. K. (2) renty z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 11.000 zł miesięcznie płatnej do 15-go dnia każdego miesiąca – począwszy od wniesienia powództwa na czas nieokreślony, zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki M. F. kwoty 70.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej Z. K. w wyniku błędu w sztuce lekarskiej w dniu 29 stycznia 2009 roku wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda M. K. (1) kwoty 70.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej Z. K. w wyniku błędu w sztuce lekarskiej w dniu 29 stycznia 2009 roku wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty. Nadto, powodowie wnieśli o zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż sprawa dotyczy porodu, który miał miejsce w pozwanym szpitalu w dniu 29 stycznia 2008 r. Powodowie wskazali, że w ich ocenie przyczyną śmierci ich córki Z. oraz stanu zdrowia córki M. było nieprawidłowe postępowanie w szpitalu, w szczególności odmowa wykonania natychmiastowego cesarskiego cięcia, wykonanie badania USG dopiero w momencie utraty przytomności przez powódkę M. F. oraz wykonanie cesarskiego cięcia dopiero po stwierdzeniu, że jedno dziecko nie żyje. Powodowie wskazali, że niewątpliwie miał miejsce błąd w sztuce lekarskiej, za który odpowiada pozwany szpital.

W odpowiedzi na pozew, złożonej przez profesjonalnego pełnomocnika, pozwany G.P. Szpital (...) w P. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 28.000 zł oraz kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew, pozwany potwierdził, iż powódka M. F. była hospitalizowana w pozwanym szpitalu – raz od dnia 12 grudnia do dnia 22 grudnia 2008 roku, kolejny raz od dnia 29 stycznia 2009 r., kiedy to powódka zgłosiła się do pozwanego z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Pozwany wskazał, że po wykonaniu powódce badań, stwierdzono brak czynności serca jednego płodu, wobec czego wykonano cesarskie cięcie. Żywe bliźnię uzyskało 9 punktów w skali Apgar. Co do drugiego bliźnięcia, które urodziło się martwe, pozwany wskazał, że posiadane przez płód cechy maceracji naskórka świadczyły o znacznie wcześniejszym obumarciu płodu aniżeli podczas pobytu w szpitalu. Pozwany wskazał, że nieuzasadnione jest twierdzenie strony powodowej o nieuzasadnionym opóźnieniu zabiegu cesarskiego cięcia, podnosząc, iż ciąża bliźniacza nie jest automatycznym wskazaniem do takiego sposobu rozwiązania ciąży, a nadto iż w sytuacji zagrożenia przedwczesnym porodem, jakie miało miejsce w przypadku powódki, priorytetem jest hamowanie czynności skurczowej. Pozwany stwierdził, iż wykonywał na rzecz powódek świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom wiedzy medycznej. Podał również, iż jego postępowanie w stosunku do powódki M. K. (2) po porodzie, mające miejsce na Oddziale Neonatologii należy uznać za w pełni prawidłowe. Pozwany podniósł, że nie ponosi on winy za doznany przez małąletnią powódkę M. rozstrój zdrowia. Wskazał, że wykonany prawidłowo przez pracowników szpitala zabieg cesarskiego cięcia nie miał bezpośredniego wpływu na schorzenia, jakie wystąpiły u małąletniej powódki M. K. (2) oraz na jej stan zdrowia, a także na obumarciu drugiego płodu, oraz że nie można mu zarzucić zawinionego opóźnienia w przeprowadzeniu cesarskiego cięcia.

Pozwany wskazał jednocześnie, że szkoda, na którą powołuje się strona powodowa, powstała w okresie objętym umowami ubezpieczenia łączącymi pozwany szpital z (...) S.A. z siedzibą w W. Oddział w P.. Podniósł, że w razie niekorzystnego dla pozwanego rozstrzygnięcia sprawy, pozwanemu będzie przysługiwać względem (...) S.A. roszczenie regresowe, względnie z roszczeniem odszkodowawczym wobec ubezpieczyciela uprawniona będzie wystąpić powódka. Z uwagi na powyższe w ocenie pozwanego spełnione zostały przesłanki przypozwania (...) S.A. z art. 84 § 1 k.p.c.

Pismem złożonym w dniu 13 kwietnia 2012 r. przez profesjonalnego pełnomocnika, powodowie podtrzymali roszczenia zgłoszone w pozwie. Odnośnie roszczenia o zadośćuczynienie w kwocie 500.000 zł na rzecz małąletniej powódki M. K. (2), wskazali na ciężki stan zdrowia powódki, podnosząc, iż żądana kwota jest adekwatna do rozmiarów powstałej po stronie powódki szkody. W uzasadnieniu pisma wskazano ponadto, iż w związku z poważnym stanem zdrowia powódka zmuszona jest ponosić dodatkowe koszty, wobec czego po stronie powódki powstało roszczenie z tytułu zwiększonych potrzeb, z tytułu którego na podstawie art. 444 § 2 k.c. dochodzi ona zasądzenia renty w kwocie 11.000 zł miesięcznie. W uzasadnieniu pisma powodowie wyszczególnili poszczególne koszty składające się na żadaną sumę renty. W zakresie żądania zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej, wskazano, iż podstawą prawną roszczenia jest art. 446 § 4 k.c. oraz podniesiono iż rozmiar krzywdy rodziców po śmierci dziecka uzasadnia żądanie kwoty zadośćuczynienia po 70.000 zł na rzecz każdego z rodziców.

Pismem z dnia 20 marca 2013 r. pełnomocnik powodów poinformował, iż małąletnia powódka M. K. (2) zmarła w dniu 15 marca 2013 r., w związku z czym wniósł on o zawieszenie postępowania do czasu prawomocnego zakończenia postępowania spadkowego po zmarłej powódce.

Postanowieniem z dnia 22 marca 2013 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu zawiesił postępowania w sprawie na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c.

Pismem z dnia 5 grudnia 2013 r. pełnomocnik powodów wniósł o podjęcie zawieszonych postępowania, przedkładając postanowienie Sądu Rejonowego P. (...)w przedmiocie stwierdzenia nabycia spadku po małąletniej powódce.

Postanowieniem z dnia 16 stycznia 2014 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu podjął zawieszone postępowanie.

Strony podtrzymały swoje stanowisko do końca procesu .

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka M. F. w marcu 2008 r. urodziła siłami natury pierwsze dziecko. W tym samym roku powódka, pomimo stosowania środków antykoncepcyjnych D. 35, zaszła w kolejną ciążę. Była to ciąża bliźniacza, jednokosmówkowa, jednoowodniowa. Przewidywany termin porodu został wyliczony przez ginekologa na dzień 23 marca 2009 r. Data ta nie była dokładna, albowiem powódka zdała sobie sprawę z faktu ciąży dopiero w listopadzie 2008 r. i na pierwszą wizytę ginekologiczną w trakcie ciąży zgłosiła się w dniu 26 listopada 2008 r. do dr n. med. M. P. (1), w trakcie której wiek ciąży oceniony na przełom 23 i 24 tygodnia, czyli koniec 6 miesiąca ciąży. Do czasu dowiedzenia się o ciąży M. F. kontynuowała przyjmowanie tabletek antykoncepcyjnych D. 35. Ginekolog prowadząca ciążę powiedziała powódce, że ciąża będzie zakończona poprzez cesarskiej cięcie. Ciąża bliźniacza jednoowodniowa jednokosmówkowa stanowi ciążę powyższego ryzyka, jednakże brak podstaw, aby ciężarna przebywała w takiej ciąży w szpitalu przez cały okres ciąży.

dowód:

- zeznania świadka M. P. (1) (k. 250-252)
- zeznania świadka E. F. (k. 166-168)
- dokumentacja medyczna sporządzona przez M. P. (1) - karta ciąży (k. 10)
- karta wypisowa ze szpitala (znajdująca się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)
- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)

Powódka w wieku 16 lat, będąc w 27 tygodniu drugiej ciąży, w dniach od 12 grudnia 2008 r. do dnia 22 grudnia 2008 r. była hospitalizowana na Oddziale Położniczym I. G.P. Szpitala (...) w P. z rozpoznaniem zagrażającego porodu przedwczesnego. Płody rozwijały się prawidłowo, wobec czego M. F. w stanie ogólnym dobrym w dniu 22 grudnia 2008 r. została wypisana do domu, z zaleceniem przyjmowania leków oraz badania kontrolnego u lekarza prowadzącego ciążę za 10 dni.

dowód:

- karta położnicza nr (...) (znajdująca się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)
- zeznania świadka S. B. (k. 165-166)
- karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 11)

Powódka M. F. udała się do lekarza ginekologa prowadzącego ciążę, tj. dr n. med. M. P. (1) w dniu 5 stycznia 2009 r. W dniu tej wizyty ginekolog wydała powódce skierowanie do szpitala, z prośbą o przyjęcie na III Oddział G. w dniu 2 lutego 2009 r. Na skierowaniu tym nie zamieszczono informacji, aby wydane zostało ono w celu wykonania cesarskiego cięcia ani informacji, że ciąża powódki jest ciążą jednokosmówkową jednoowodniową. Na następną wizytę kontrolną u ginekologa M. F. udała się w dniu 19 stycznia 2009 r. Podczas obu tych wizyt nie zanotowano odchyień od prawidłowego stanu ciąży.

dowód:

- skierowanie do szpitala (znajdujące się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)
- zeznania świadka M. P. (1) (k. 250-252)
- dokumentacja medyczna sporządzona przez M. P. (1) - karta ciąży (k. 10)

O godzinie 19:34, będąc w 33 tygodniu ciąży, M. F. ponownie zgłosiła się do G. P. Szpitala (...) w P. w związku z występowaniem regularnej czynności skurczowej. Powódka przed przyjazdem do szpitala czuła skurcze porodowe i wymiotowała, w związku z czym matka powódki, E. F., wezwała karetkę pogotowia. Powódka została przyjęta do pozwanego szpitala w dniu 29 stycznia 2009 r. o godzinie 19:34 w związku z regularną czynnością porodową, która rozpoczęła się na ok. godzinę przed rozpoczęciem hospitalizacji. W chwili przyjęcia do szpitala jej stan ogólny był dobry. Z uwagi na wiek ciąży (33 tydzień) u powódki przystąpiono do leczenia porodu przedwczesnego (co jest standardowym postępowaniem w takiej sytuacji), nie stwierdzono natomiast podstaw do przeprowadzenia cesarskiego cięcia. Powódka została zbadana przez lekarza W. G., który nie stwierdził rozwarcia. Po przyjęciu na oddział M. F. otrzymała leki tokolityczne hamujące czynność skurczową i pierwszą dawkę glikokortykosteroidów w celu przyspieszenia dojrzewania płuc płodu. Badania laboratoryjne przeprowadzone u M. F. przed porodem wskazywały na niedokrwistość (hemoglobina 5,09 mmol/l, hematokryt 0,273 l/l), nie stwierdzono natomiast wykładników stanu zapalnego – stężenie markera stanu zapalnego CRP było w normie (0,49 mg/l). U powódki na Izbie Przyjęć szpitala nie wykonano badania ultrasonograficznego, którego przeprowadzenie nie stanowi rutynowej procedury medycznej po przyjęciu ciężarnej do szpitala. Wykonanie USG na Izbie Przyjęć nie miałyby znaczenia dla stanu zdrowia obu płodów.

dowód:

- zeznania powódki M. F. (k. 336-338)
- zeznania świadka W. G. (k. 316-317)
- opinia biegłego w zakresie położnictwa i ginekologii R. D. (1) (k. 463-471)
- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)
- karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 12)
- zeznania świadka T. P. (k. 195-196)

O godzinie 19:45 rozpoczęto zapis kardiokograficzny (KTG) płodów, które to badanie rejestruje częstość ruchów struktur tkankowych znajdujących się w obrębie wiązki ultradźwiękowej – ruchy te mogą dotyczyć komory, przedsionka serca, ściany dużych naczyń, np. aorty matki. W pozwanym szpitalu nie dokonano pisemnej analizy zapisu kardiokograficznego. Zapis KTG z pierwszych kilkunastu minut stanowi dwa bardzo podobne zapisy przesunięte w stosunku do siebie o 20 uderzeń na minutę, co z dużym prawdopodobieństwem odzwierciedla zapis czynności tego samego serca dokonany obiema głowicami aparatury do KTG. Fragment zapisu z okresu pomiędzy godziną 20:40 a 20:55 mógł wskazywać na czynność skurczową dwóch serc lub na czynność jednego serca i czynność aorty ciężarnej. Z uwagi na zaawansowany stan zmian pośmiertnych stwierdzonych u martwego płodu, zapis powyższy wynikał z odbioru dwóch różnych sygnałów przez obie głowice – jedna z głowic rejestrowała serce płodu, druga ruchy aorty matki M. F., która z powodu zdenerwowania i podania leków tokolitycznych mogła mieć tachykardię, tj. przyspieszoną akcję serca.

dowód:

- zeznania świadka W. G. (k. 316-317)
- zeznania świadka M. P. (1) (k. 250-252)
- opinia biegłego w zakresie położnictwa i ginekologii R. D. (1) (k. 463-471)

Następnie przeprowadzono u powódki badanie ultrasonograficzne przez powłoki brzuszne, na podstawie którego stwierdzono, że jeden z płodów jest martwy, co stanowiło podstawę podjęcia przez lekarzy decyzji o natychmiastowym wykonaniu cięcia cesarskiego. Powódka M. F. oraz ze względu na niepełnoletniość powódki – również jej matka E. F.

– podpisały zgodę na przeprowadzenie zabiegu cesarskiego cięcia. Personel medyczny nie sporządził opisu badania USG z uwagi na fakt, iż stwierdzenie zgonu jednego z płodów w ciąży jednokosmówkowej stanowiło podstawę do jak najszybszego zakończenia ciąży. Po zakończeniu ciąży do dokumentacji medycznej powódki nie dołączono opisu badania ultrasonograficznego, co nie miało jednak wpływu na postępowanie medyczne.

dowód:

- zeznania świadka W. G. (k. 316-317)
- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)
- oświadczenie – zgoda na cesarskie cięcie (znajdujące się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)

Niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu wewnątrzmacicznego jednego z bliźniąt, o godzinie 21:50 przeprowadzono u powódki zabieg cięcia cesarskiego, który wykonany został przez lekarza W. G.. O godzinie 21:58 drogą cięcia cesarskiego nastąpił poród żywego dziecka – M. K. (2), której urodzeniowa masa ciała wynosiła 2190 gramów. Dziewczynka oceniona została na 9 punktów w 10-stopniowej skali Apgar. Wynik badania gazometrycznego krwi pępowinowej noworodka wynosił: pH 7.26-7.34. W okresie okołoporodowym nie doszło do niedotlenienia mogącego mieć wpływ na stan zdrowia dziecka.

O godzinie 22:00 drogą cesarskiego cięcia wydobyto drugi martwy płód – dziewczynkę o masie urodzeniowej 1800 gramów. Martwy bliźniak wykazywał cechy maceracji naskórka – skóra schodziła z dziecka płatami. Płyn owodniowy miał kolor brunatny. Pępowiny obu płodów były ze sobą zapętłone, a pępowina martwego płodu wypełniona była ciemną hemolizowaną krwią. Obraz kliniczny martwego płodu wskazywał na zgon wewnątrzmaciczny, który nastąpił kilka dni przed porodem. Maceracja skóry obumarłego płodu i brunatny płyn owodniowy stanowią cechy zmian autolitycznych ciała płodu pod wpływem płynu owodniowego i świadczą o kilkudniowym okresie od zgonu wewnątrzmacicznego do porodu. Do obumarcia płodu doszło na kilka dni przed przyjęciem powódki M. F. do szpitala, bowiem zmiany takie nie występują po kilku godzinach od zgonu. Wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia dwie godziny wcześniej aniżeli miało to miejsce, nie miałoby żadnego znaczenia dla stanu urodzeniowego żywego dziecka – M. K. (2) oraz dla obserwowanych u niej odległych powikłań, albowiem w chwili przyjęcia do szpitala jedno z bliźniąt od kilku dni nie żyło. Obumarcie jednego z płodów w ciąży powódki, która była ciążą jednokosmówkową jednoowodniową, na kilka dni przed porodem miało wpływ na stan zdrowia drugiego z bliźniąt – M. K. (2).

dowód:

- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)
- zeznania świadka W. G. (k. 316-317)
- opinia biegłego w dziedzinie neonatologii (k. 564-566)
- opis porodu operacyjnego (znajdujący się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)

Ordynator III Oddziału G. pozwanego szpitala, profesor H. B., wniósł do dyrekcji szpitala o odstąpienie od sekcji zwłok martwo urodzonego dziecka, w uzasadnieniu wniosku wskazując na „węzeł prawdziwy na pępowinie, płód z cechami maceracji”. Równocześnie rodzice martwego dziecka wyrazili pisemną zgodę na wykonanie sekcji zwłok. Pomimo braku przeprowadzenia sekcji zwłok oraz braku badania patomorfologicznego, można z dużym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością wskazać przyczynę obumarcia płodu, którą było zaciśnięcie naczyń krwionośnych sznura pępowinowego w miejscu stwierdzonego u martwego noworodka węzła prawdziwego.

dowód:

- wniosek o odstąpienie od sekcji zwłok (znajdujący się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)

- zgoda M. F. i M. K. (1) na przeprowadzenie sekcji zwłok (znajdująca się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)
- opinia biegłego z zakresu patomorfologii (k. 620-623)
- zeznania świadka lek. W. G. (k. 317)
- opinia biegłego sądowego w zakresie patomorfologii (k. 620-623)
- opinia biegłego w zakresie położnictwa i ginekologii R. D. (1) (k. 463-471)

U powódki po porodzie stwierdzono podwyższoną ciepłotę ciała. Pomimo braku wykładników stanu zapalnego, u powódki M. F. stwierdzono rozpoczynające się zakażenie wewnątrzmaciczne i podano jej serię antybiotyków. Po trzech dniach hospitalizacji powódka M. F. została wypisana ze szpitala. Dziecko – M. K. (2) pozostała w szpitalu na oddziale neonatologicznym z powodu wcześniactwa. U powódki M. K. (2) przeprowadzono w czasie pobytu w szpitalu szereg badań. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedokrwistość, wynikającą ze skrwawiania się żyjącego płodu, które jest skutkiem całkowitego spadku ciśnienia w krążeniu martwego płodu w przypadku zgonu jednego z bliźniąt w ciąży jednokosmówkowej.

W rutynowym badaniu USG głowy M. K. (2) stwierdzono u dziecka nieprawidłowe zmiany dotyczące mięszu mózgu, które mogły wynikać z faktu skrawania się obumarłego płodu, wystąpienia epizodu niedotlenienia w okresie ciąży znacznie poprzedzającym poród lub procesu zapalnego spowodowanego zakażeniem wewnątrzmacicznym, które powoduje uszkodzenie przede wszystkim mózgu płodu i zwykle obejmuje oba płody. Również fakt wcześniactwa powódki mógł mieć wpływ na stan zdrowia i dalszy rozwój dziecka oraz pogarszać rokowania co do jego rozwoju neurologicznego. Dziecko było konsultowane przez neurologa, który skierował je do kontroli w poradni neurologicznej po wyjściu ze szpitala. Z uwagi na zmiany w obrazie USG M. K. (2) była również badana przez neurochirurga, który zalecił obserwację główki dziecka, mierzenie jej obwodu, sprawdzanie napięcia ciemienia i opiekę neurologa dziecięcego. W trakcie hospitalizacji poza nieprawidłowym obrazem USG, nie stwierdzono u dziewczynki żadnych objawów klinicznych. Dziecko zostało wypisane ze szpitala w 12 dobie życia w stanie dobrym z zaleceniem kontroli w poradni oceny rozwoju 12 marca 2009 r., opieki neurologa (wizyta w dniu 18 marca 2009 r.) oraz na kontrolne USG głowy za dwa dni, tj. w dniu 12 lutego 2009 r. Powódka oraz dziadkowie dziecka zostali poinformowani o wymienionych zaleceniach, jednak pomimo to nie udali się na wymienione kontrole. Po powrocie do domu dziecko większość czasu płakało, wobec czego powódka udała się z nim do lekarza rodzinnego, który stwierdził, że noworodek może mieć kolki lub płacze z powodu braku zmarłego bliźniaka. Dopiero po ok. 3 miesiącach dziadkowie powoda M. K. (1) udali się z nią do neurologa, który stwierdził zaburzenia neurologiczne. Dziecko było później konsultowane również u logopedy, okulisty oraz w poradni chorób wątroby. U M. K. (2) stwierdzono ostatecznie mózgowie porażenie dziecięce oraz padaczkę. Lekarz neurolog zapisał dziecku leki, po których wyciszyło się ono. Ponadto rodzice M. K. (2) uczęszczali z nią na rehabilitację refundowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia cztery razy w miesiącu w S. i dwa razy w miesiącu w P. w poradni dla dzieci słabowidzących. Oprócz tego dziewczynka była rehabilitowana prywatnie dwa razy w tygodniu, a raz w tygodniu uczęszczała na hydromasaż. Dziecko nadal jednak nie widziało, w wieku 3 lat nie siedziało, nie mówiło, nie reagowało na ruchy, nie było z nim kontaktu. Pomimo rehabilitacji jego stan nie poprawiał się. M. K. (2) była wielokrotnie hospitalizowana na oddziałach pediatrycznych. Dziecko miało orzeczoną niepełnosprawność. M. K. (2) jadła bardzo mało, miała podawane specjalistyczne kaszki i nutridrinki. W związku z powyższym rodzice małoletniej ponosili koszty w kwocie ok. 15.000 zł rocznie. Powodowie byli wspomagani finansowo przez swoich rodziców i dziadków powoda M. K. (1).

Od stycznia 2013 r. stan zdrowia M. K. (2) pogorszył się, dziecko ponownie trafiło do szpitala z obustronnym zapaleniem płuc, gdzie przebywała około 2-3 tygodni. W dniu 15 marca 2013 r. małoletnia powódka M. K. (2) zmarła.

Postanowieniem z dnia 24 października 2013 r. Sąd Rejonowy P.w P. (...) stwierdził, iż spadek po M. K. (2) zmarłej w dniu 15 marca 2013 r. na podstawie ustawy nabyli matka M. F. w 1/2 części i ojciec M. K. (1) w 1/2 części.

dowód:

- zeznania świadka M. S. (k. 194-195)
- zeznania świadka J. I. (k. 168-169)
- zeznania świadka A. I. (k. 170-171)
- zeznania świadka E. F. (k. 166-168)
- zeznania świadka A. M. (k. 196-197)
- zeznania świadka A. C. (k. 250)
- zeznania powódki M. F. (k. 336-338)
- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)
- karta obserwacji lekarskich (znajdująca się w dokumentacji medycznej nadesłanej przez pozwanego)
- odpis skrócony aktu zgonu M. K. (2) (k. 279)
- postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku (k. 292)
- opinia biegłego w dziedzinie neonatologii (k. 564-566)
- dokumentacja medyczna (k. 13-18)
- orzeczenie o niepełnosprawności (k. 19)

Dokumentacja medyczna porodu powódki z dnia 29 stycznia 2009 r. prowadzona była w sposób prawidłowy. Powinien zostać do niej dołączony opis badania ultrasonograficznego stanowiącego podstawę do wykonania cięcia cesarskiego, jednakże brak tego opisu nie miał znaczenia dla postępowania medycznego. W przypadku występowania przedwczesnej czynności porodowej w 33 tygodniu ciąży, właściwym postępowaniem medycznym jest podanie leków hamujących czynność skurczową i przyspieszających dojrzewanie płuc płodu. W przypadku ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej, jednoowodniowej rekomendowanym działaniem jest wcześniejsze zakończenie ciąży (ok. 34 tygodnia) poprzez cięcie cesarskiej po dwóch – trzech dniach, po podaniu dwudniowego kursu glikokortykosteroidów. Młody wiek powódki M. F. i niewielki odstęp od poprzedniego porodu nieco zwiększał ryzyko porodu przedwczesnego. Przyjmowanie przez powódkę tabletek w okresie ciąży w niewielkim stopniu mogło zwiększyć ryzyko nieprawidłowości w (...). W ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej wymienione czynniki mają znacznie mniejsze znaczenie kliniczne.

dowód:

- opinia biegłego w zakresie położnictwa i ginekologii R. D. (1) (k. 463-471)
- uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. R. D. (1) (k. 531-535)

Fakty dotyczące przebiegu porodu i hospitalizacji powódki powoda przed wypadkiem i po zdarzeniu z dnia 5.07.2010 r. Sąd ustalił w oparciu o **dokumentację medyczną** oraz **zeznania świadków: M. S., T. P., A. M., M. P. (2), A. C., W. G., S. B.** – lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu oraz lekarza prowadzącego ciążę powódki – M. P. (1). Zeznania te Sąd uznał za w pełni wiarygodne, albowiem były one rzeczowe, a nadto wzajemnie spójne i znajdowały potwierdzenie w opiniach biegłych lekarzy w zakresie, w jakim dotyczyły stanu zdrowia powódki M. K. (3) oraz stanu płodów, a także poprawności wdrożonych wobec niej procedur medycznych.

Sąd uznał również za wiarygodny materiał dowodowy **zeznania świadków J. I., A. I. i E. F.** Wymienieni świadkowie byli członkami rodziny powodów, jednakże nie dopatrzył się w ich zeznaniach stronniczości.

Sąd nie miał żadnych zastrzeżeń co do wartości dowodowej **zeznań świadków J. W. i M. R.**, jednakże nie przyczyniły się one do odtworzenia stanu faktycznego sprawy.

Z kolei **zeznania powódki M. F.** zasługiwały na wiarę jedynie w części. Brak było podstaw do kwestionowania jej zeznań w zakresie, w jakim powódka opisała okoliczności przyjęcia do szpitala, jak również stan zdrowia swojej córki, M. K. (2). Na ocenę taką nie zasługują już jednak zeznania powódki, w którym m.in. zaprzeczyła ona, jakoby w trakcie porodu przyjmowała tabletki antykoncepcyjne czy jakoby w trzecim miesiącu ciąży zgłosiła się do lekarza ginekologa. Z dokumentacji medycznej założonej przez ginekolog M. P. (1) prowadzącą ciążę powódki wynika, iż M. F. do szóstego miesiąca ciąży zażywała pigułki antykoncepcyjne, co wskazuje jednocześnie na fakt, iż do tego czasu nie wiedziała ona o tym, że jest w ciąży i nie odwiedziła ginekologa. Nieprawdziwe były również zeznania powódki dotyczące posiadania przez nią skierowania do szpitala na cesarskie cięcie – jak wynika z treści skierowania wystawionego przez M. P. (1), nie zawierało ono żadnych adnotacji na ten temat. Na wiarę nie zasługiwało także twierdzenie powódki, jakoby na Izbie Przyjęć szpitala wykonano jej badanie ultrasonograficzne – okoliczność ta nie została w żaden sposób potwierdzona – w szczególności brak było jakiegokolwiek dowodów w tym zakresie w przedłożonej dokumentacji medycznej. Twierdzenie powódki było niewiarygodne również z uwagi na treść pozwu, w którego uzasadnieniu powódka wskazała, że była podłączona do KTG, po czym dopiero przeprowadzono u niej badanie ultrasonograficzne. W ocenie Sądu zeznania powódki cechowała tendencyjność i chęć wykreowania korzystnej dla niej wersji zdarzeń wyłącznie na potrzeby procesu.

Istotnym materiałem dowodowym okazały się sporządzone w sprawie **opinie biegłych lekarzy: z zakresu ginekologii i położnictwa, neonatologii oraz z zakresu patomorfologii**. Wszystkie te ekspertyzy zostały przygotowane w sposób rzetelny i fachowy, po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, są przekonujące, jasne i nie zawierają błędów logicznych. Zawarte w nich konkluzje sformułowane zostały w sposób kategoriowy oraz poparte zostały rzeczową argumentacją, wskazującą na duży zasób wiedzy specjalistycznej ich autorów. Zarówno poziom wiedzy każdego z biegłych, podstawy teoretyczne wydanych przez nich opinii, stopień stanowczości wyrażonych w nich ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej przemawiały za uznaniem opinii za wartościowy materiał dowodowy i pozwoliły Sądowi na dokonanie na podstawie sporządzonych opinii ustaleń faktycznych w sprawie. Pozwany nie kwestionował żadnej z opinii sądowno-medycznych, natomiast powodowie nie zgadzali się z przeważającą częścią z treścią każdej ze sporządzonych w sprawie opinii.

Pełnomocnik powodów kwestionował wartość dowodową **opinii sporządzonej przez biegłego ginekologa prof. (...) dr hab. med. R. D. (1)**, formułując szereg zarzutów. Strona powodowa zarzuciła braki w dokumentacji lekarskiej oraz leczenie u powódki nieistniejącej infekcji, które w jej ocenie stanowiły naganne działanie pozwanego szpitala. Nadto powodowie zarzucili biegłemu stronniczość w zakresie dokonania analizy zapisu KTG, wskazując jednocześnie, że biegły nie wyjaśnił, na jakiej podstawie wysnuł wniosek o prawdopodobieństwie innych aniżeli bicie dwóch serc przyczyn podwójnego zapisu w badaniu KTG. Odnosząc się do opinii biegłego w zakresie, w jakim dotyczyła ona braku zapisu USG w dokumentacji medycznej, powodowie wskazali, iż nie jest rolą biegłego ustalanie, czy powódka miała wykonane USG na Izbie Przyjęć czy też dopiero po wykonaniu badania KTG. Strona powodowa zarzuciła biegłemu, iż wbrew jego opinii opis badań USG ma kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia w sprawie, bowiem, gdyby jedno z bliźniąt nie żyło już podczas badania USG przeprowadzonego na Izbie Przyjęć, wówczas zasadnym było niezwłoczne wdrożenie odpowiednich procedur medycznych. Powodowie stwierdzili, że konieczna jest odpowiedź na pytanie, czy brak zapisów USG ma znaczenie dla oceny, czy w przedmiotowej sprawie mamy do czynienia z tzw. błędem w sztuce medycznej, w szczególności, czy zapoznanie się z opisem badań USG pozwoliłoby rozważyć występujące wątpliwości co do zapisu KTG, zwłaszcza w zakresie oceny, czy na moment jego wykonania bliźniak II żył. W ocenie strony powodowej w opinii biegłego zachodziły również rozbieżności dotyczące kwestii związanych z „cechami maceracji” oraz „brunatnymi wodami płodowymi”. W szczególności niezbędne według powodów jest wskazanie przez biegłego, w którym miejscu w dokumentacji medycznej znajduje się opis dotyczący

stopnia maceracji naskórka. Ponadto niezbędne jest wyjaśnienie, skąd biegły wyciągnął wniosek, iż „do pojawienia się takich zmian dochodzi najczęściej po dwóch, trzech dobach od zgonu”, czy możliwe jest dokonanie takiej oceny na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej, czy dla oceny czasu zgonu bliźniaka II byłoby konieczne obejrzenie tego naskórka, czy biegły jest specjalistą z dziedziny patomorfologii uprawnionym do wydawania opinii w tym zakresie, czy w dokumentacji medycznej widnieje jakakolwiek adnotacja o badaniu zwłok przez patomorfologa i wyniku tych badań. Strona powodowa zarzuciła opinii biegłego rozbieżności dotyczące kwestii związanych z rzekomym wcześniejszym zgonem bliźniaka II, bowiem w ocenie powodów stwierdzenie biegłego o tym, że przeciek krwi z krążenia żyjącego dziecka do naczyń martwego płodu poprzez naczynia łączące w łożysku prowadzi w bardzo krótkim okresie czasu do ciężkiej niedokrwistości u żyjącego dziecka, pozostaje w sprzeczności z zasadami logiki wzięwszy pod uwagę, iż po urodzeniu żywy bliźniak został oceniony na 9 pkt w skali Apgar. Powodowie podnieśli, iż biegły powinien wskazać, z czego wynika wniosek o ciężkiej niedokrwistości u żywego dziecka i jakie są możliwe jej przyczyny, jak również skąd wynika wniosek, iż „u dziecka bezpośrednio po porodzie stwierdzono odstępstwa w rozwoju struktur ośrodkowego układu nerwowego”, na czym polegały te odstępstwa i co mogło być ich przyczyną. Zdaniem powodów – mając na uwadze powyższe wątpliwości - biegły błędnie nie rozważył sytuacji, w których oba bliźnięta nadal żyły. Biegły powinien zdaniem powodów wypowiedzieć się, czy w przypadku gdyby w momencie przyjęcia powódki do szpitala bliźniak II nadal żył, to czy natychmiastowe cesarskie cięcie mogłoby zapobiec śmierci bliźniaka II lub doprowadzić do wyjęcia bliźniaka I zdrowego oraz uniknięcia dalszego pogarszania się jego stanu zdrowia, a także jaki jest procent trwałego uszczerbku na zdrowiu bliźniaka I powstały na skutek braku wykonania natychmiastowego cesarskiego cięcia. Mając na uwadze, że biegły w opinii wskazał, iż ciąża bliźniacza jednokosmówkowa jest ciążą o najwyższym stopniu ryzyka, strona powodowa uznała, że biegły winien również ocenić, czy postępowanie pozwanego szpitala w grudniu 2008 r., w szczególności wypisanie powódki do domu pomimo zagrażającego porodu przedwczesnego, było prawidłowe, a jeżeli nie, to czy pozostawienie powódki pod nadzorem lekarskim mogłoby zwiększyć szansę urodzenia zdrowego bliźniaka I lub ocalenia bliźniaka II. Strona powodowa zakwestionowała również ustalenia biegłego wynikające według niego z „karty ciąży”, iż „do szóstego miesiąca ciąży powódka przyjmowała tabletki antykoncepcyjne”, wskazując, iż do biegłego nie należy ocena dowodów i dokonywanie ustaleń faktycznych w sprawie.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, powodowie wskazali, że przedstawiona opinia jest wewnętrznie sprzeczna i stronnicza, wobec czego opinię powinien wykonać inny biegły, jednak mając na uwadze problemy z ustaleniem osoby biegłego, w pierwszej kolejności wnieśli o zobowiązanie biegłego do uzupełnienia opinii w formie pisemnej poprzez ustosunkowanie się do zgłoszonych zarzutów.

Biegły ginekolog prof. (...) dr hab. med. R. D. (2) odniósł się do wszystkich zarzutów strony powodowej w opinii uzupełniającej. W opinii tej biegły wyjaśnił, iż leczenie nieudokumentowanej infekcji nie świadczy o nagannej postawie pozwanego szpitala. W ocenie biegłego podwyższona ciepłota ciała po porodzie martwego płodu nie daje jednoznacznych podstaw do rozpoznania infekcji i podanie powódce antybiotyku nie było w pełni zasadne, jednakże w takiej sytuacji w większości szpitali powódka profilaktycznie otrzymałaby antybiotyk. Odnosząc się do interpretacji zapisu KTG, biegły wskazał, iż po pierwsze, jeżeli w dokumentacji znajduje się zapis KTG, to brak jego opisu ma niewielkie znaczenia, a po drugie jednoznacznie stwierdził, iż z uwagi na zaawansowane zmiany pośmiertne płodu, należy przyjąć, iż był to zapis jednego serca i aorty ciężarnej z tachykardią wynikającą ze zdenerwowania i efektu ubocznego podania tokolityków. W zakresie braku opisu badania USG w dokumentacji biegły wskazał, iż jego brak nie miał żadnego znaczenia dla postępowania medycznego, natomiast niezależnie od ustalenia, czy na Izbie Przyjęć wykonane zostało USG, wskazał, iż jest przekonany, iż już w chwili przyjęcia powódki do szpitala jedno z bliźnięt było od kilku dni martwe. Biegły wyjaśnił, że wprawdzie na podstawie stopnia zaawansowania maceracji nie można precyzyjnie określić czasu zgonu wewnątrzmacicznego, jednak oznacza to, że nie jest on w stanie określić, czy do zgonu doszło 5 dni czy dwa tygodnie wcześniej, ale zmiany takie nie występują po kilku godzinach od zgonu. Biegły wskazał również, na jakiej podstawie stwierdził u noworodka niedokrwistość, podał, że nie jest ona uwzględniana w skali Apgar oraz wyjaśnił, że w przypadku zgonu drugiego z płodów w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej zawsze dochodzi do skrwawiania się żyjącego płodu. W opinii uzupełniającej wskazano również, iż rozważanie sytuacji, w których oba bliźnięta nadal żyły w momencie przyjęcia powódki do szpitala, w szczególności czy natychmiastowe wykonanie

cesarskiego cięcia zapobiegłoby śmierci jednego z bliźniąt lub pogorszeniu się stanu zdrowia żywego dziecka, nie ma sensu z uwagi na fakt, iż w chwili przyjęcia do szpitala jeden z płodów był od kilku dni martwy. Z tej samej przyczyny (tj. faktu obumarcia płodu kilka dni wcześniej) biegły nie wypowiedział się co do zakresu trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek braku wykonania natychmiastowego cesarskiego cięcia. Co do hospitalizacji powódki w grudniu 2008 r. biegły podał, iż pacjentki z zagrażającym porodem przedwczesnym powinny być leczone w warunkach szpitalnych w okresie wystąpienia ostrych objawów, a następnie wypisane do domu, natomiast pacjentka w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej jednoowodniowej powinna być hospitalizowana w 34 tygodniu ciąży.

Zarówno **pierwsza opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa, jak i opinia uzupełniająca** nie budziły wątpliwości Sądu. Mając na uwadze opinię uzupełniającą, zarzuty strony powodowej należało uznać za gołosłowną i bezpodstawną polemikę z wnioskami opinii, które to wnioski nie zadowalały oczekiwań powoda. W ocenie Sądu biegły logicznie i przekonująco odparł zarzuty podniesione przez strony pod jej adresem oraz szczegółowo wyjaśnił wątpliwości strony powodowej, które pojawiły się po lekturze pierwszej z opinii. Opinia uzupełniająca biegłego ginekologa była również kwestionowana przez powodów, którzy podnieśli wobec niej szereg zarzutów, które w ich ocenie powodują, że opinia jest niejasna, nieprecyzyjna, wewnętrznie sprzeczna, stronnicza i dąży jedynie do podtrzymania poprzedniej opinii, a nie do wyjaśnienia wątpliwości wskazanych przez powodów. Zarzuty pozwanego sprowadzały się w większości do powtórzenia zarzutów i wątpliwości sformułowanych pod adresem pierwszej opinii biegłego, które zostały wnikliwie rozważone przez biegłego w opinii uzupełniającej. Do podniesionych po raz kolejny zarzutów Sąd ustosunkował się w części uzasadnienia poświęconej rozważaniom prawnym. W tym miejscu wskazać należy, iż w ocenie Sądu były one niezasadne i w żaden sposób nie dyskwalifikowały opinii biegłego, która była zgodna z zasadami wiedzy i wyczerpująca. Sąd nie dostrzegł w niej stronniczości, lecz zważył, iż wnioski opinii wynikały z wiedzy i doświadczenia biegłego, który wyczerpująco wyjaśnił, na jakiej podstawie sformułował zawarte w opinii konkluzje. Opinii tej, popartej zeznaniami, należało dać w pełni wiarę jako sporządzonej z zachowaniem właściwej metodologii przez doświadczonego specjalistę-biegłego sądowego z zakresu ginekologii.

Na uwagę zasługuje fakt, iż na rozprawie w dniu 25 listopada 2016 roku pełnomocnik powodów cofnął wniosek o przesłuchanie biegłego (k. 696).

Odnosnie **opinii biegłego patomorfologa lek. med. L. G.**, stwierdzić należy, że opinia ta również była kwestionowana przez stronę powodową, w ocenie której w większości opinia ta była nieprzydatna dla sprawy, bowiem biegły nie udzielił odpowiedzi na pytania wykraczające poza jego specjalizację. Powodowie wskazali, że wywód biegłego jest niespójny, błędny i zmierza do niezasadnego usprawiedliwienia postępowania pozwanego szpitala. W szczególności powodowie kwestionowali fakt, iż biegły usprawiedliwiał fakt wykonania sekcji zwłok, pomimo wyrażenia przez powodów zgody na jej przeprowadzenie. Do zarzutów tych Sąd ustosunkował się w części uzasadnienia poświęconej rozważaniom prawnym. Sąd uznał natomiast, że opinia biegłego patomorfologa nie zawiera błędów z punktu widzenia doświadczenia życiowego czy błędów logicznych, została opracowana po wnikliwym przeanalizowaniu całości dostępnej dokumentacji medycznej oraz dowodów osobowych, znalazła oparcie w szerokim spektrum wiedzy teoretycznej i praktycznej biegłego.

Na uwagę zasługuje fakt, iż na rozprawie w dniu 25 listopada 2016 roku pełnomocnik powodów cofnął wniosek o przesłuchanie biegłego (k. 696).

Sąd Okręgowy uznał za w pełni wiarygodną **opinię biegłego z zakresu neonatologii prof. R. L.**, którą w całości biegły podtrzymał podczas przesłuchania w dniu 25 listopada 2016 roku. Opinia biegłego jest wnikliwie umotywowana i szczegółowa. Biegły udzielił szczegółowych odpowiedzi na postawione mu pytania, formułując swoje wnioski w sposób jasny, przystępny i zrozumiały. Wbrew twierdzeniom strony powodowej, opinia biegłego była przydatna dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem biegły tylko częściowo uchylił się od odpowiedzi na pytania, które wykraczały poza zakres jego specjalizacji. Wskazać należy, iż w tym zakresie Sąd nie opierał się na opinii biegłego. Powodowie zarzucili nadto biegłemu, że nie wyjaśnił on czasu ani mechanizmu powstania zmian w mózgu M. K. (2), jak również ich zakresu. Podnieśli, iż biegły nie wyjaśnił kwestii związanych z czasem obumarcia jednego z płodów i skutkami obumarcia w zależności od czasu obumarcia. Zdaniem strony powodowej biegły zbyt ogólnie wskazał, że

wcześniactwo może pogarszać rokowania w przypadku niedotlenienia. Powodowie zwrócili również uwagę na fakt, iż biegły neonatolog swoje wnioski oparł na fakcie stwierdzenia u powódki M. F. infekcji, podczas gdy biegły ginekolog wykluczył w oparciu o dokumentację medyczną istnienie infekcji u powódki. W ocenie Sądu, wymieniona rozbieżność między opiniami tych biegłych, nie oznacza bynajmniej ich wadliwości. Jak wynika z opinii ginekologa, pomimo braku wyników, które wskazywałyby na infekcję u powódki, w większości szpitali otrzymałaby ona profilaktycznie antybiotykoterapię. Mając na uwadze jednocześnie sformułowanie pytania, które wskazywało na fakt wystąpienia u powódki infekcji, nie sposób zarzucać biegłemu z dziedziny neonatologii, że udzielił odpowiedzi na pytanie dotyczące jej wpływu na stan zdrowia M. K. (2). Powyższe okoliczności nie wymagały w ocenie Sądu nie stanowiły podstawy do podważania w całości sporządzonej w sprawie opinii, lecz podlegały uwzględnieniu przez Sąd orzekający w sprawie w ramach dokonywania ustaleń faktycznych. Niezależnie od tego, mając na uwadze zgromadzony materiał dowodowy, wskazać należy, iż w ocenie Sądu kwestia, czy u powódki rzeczywiście wystąpiła infekcja czy nie, nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia w sprawie. Szczegółowe uzasadnienie w tym zakresie Sąd zawarł w części zważeniowej niniejszego uzasadnienia. W ocenie Sądu pozostałe zarzuty również w żaden sposób nie podważały poprawności i rzetelności sporządzonej opinii, a jedynie uzasadniały jej uszczegółowienie.

Z uwagi na liczne wątpliwości powodów kierowane w stosunku do opinii biegłego neonatologa – jak również pod adresem pozostałych opinii, Sąd uznał za zasadne złożenie przez biegłych ustnych zeznań. Jednak z uwagi na fakt, iż na rozprawie w dniu 25 listopada 2016 roku pełnomocnik powodów cofnął wniosek o przesłuchanie biegłego **L. G.** i **R. D. (1)** (k. 696) przesłuchanie biegłych stało się zbędne.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu wskazując, że opinie pisemne sporządzone przez biegłych: ginekologa, neonatologa i patomorfologa w sposób jasny i precyzyjny wyjaśniły kwestie dotyczące przebiegu porodu i prawidłowości podjętych działań. Sama subiektywna ocena strony powodowej co do wadliwości opinii, nie mogła być podstawą do uwzględnienia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu. W ocenie Sądu Okręgowego biegli w sposób bezstronny, jasny ocenili czynności podejmowane przez personel szpitala w trakcie porodu oraz po jego zakończeniu. W ocenie Sądu Okręgowego dopuszczenie dowodu z opinii instytutu prowadziłoby do zbędnego przedłużania niniejszego postępowania. Przedstawione przez biegłych opinie są na tyle kategoryczne i przekonujące, że w powiązaniu ze sobą oraz z pozostałym materiałem dowodowym wystarczająco wyjaśniają zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych. Zdaniem Sądu Okręgowego okoliczności sprawy wskazują, że nie ma potrzeby sporządzania kolejnych opinii, a samo niezadowolenie strony z dotychczas wydanych w sprawie ekspertyz, nie może stanowić powinności powołania innych biegłych.

Sąd zważył, co następuje:

Sąd Okręgowy uznał, że żądanie pozwu jest niezasadne.

Powodowie upatrywali winy w procesie leczniczym ze strony lekarzy pozwanego. Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym „kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności”. Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 kwietnia 2016 r., sygn. I ACa 396/15). Prawo cywilne wymaga, by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą miał charakter normalny (adekwatny, art. 361 § 1 k.c.). W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu oznacza to, że doznany przez pacjenta uszczerbek na zdrowiu musi pozostawać normalnym następstwem działania szpitala lub personelu medycznego. W procesach lekarskich nie wymaga się jednak ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny. SN w wielu wyrokach podkreślał, że w sytuacjach, w których chodzi o zdrowie i życie ludzkie nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, iż szkoda

wynikła z określonego zdarzenia. Jeżeli prawdopodobieństwo to zostanie in casu udowodnione, związek przyczynowy uznaje się za ustalony. Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, a także faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym (art. 6 k.c.).

Ponadto pomiędzy osobą powierzającą wykonanie danej czynności a tym, komu czynność powierzono musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza innej osobie wykonanie danej czynności, która to przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu. Podwładnym jest natomiast osoba zobowiązana do stosowania się do poleceń zwierzchnika. Zwierzchnikiem w rozumieniu art. 430 k.c. nie jest bezpośredni przełożony podwładnego, tylko podmiot (np. osoba prawna) powierzająca wykonanie danego zadania.

W judykaturze i piśmiennictwie został ukształtowany model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie „ogólnego” czy też „ogólno-organizacyjnego” kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji, zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Nawet w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co dotyczy między innymi szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osób niewątpliwie zachowujących niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii, przyjąć należy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 października 2014 r., sygn. akt I ACa 1028/14).

Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c. nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku. Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta.

Dodatkowo wskazać należy, iż podstaw prawnych dochodzonego przez powodów M. F. i M. K. (1) jako spadkobierców powódki M. K. (2) zadośćuczynienia szukać należało w art. 444 § 1 k.c. i w zw. z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 445 § 3 k.c. Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym, a więc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. W doktrynie i orzecznictwie akcentuje się, że przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie: rodzaju naruszonego dobra, zakresu (natężenia i czasu trwania) naruszenia, trwałości skutków naruszenia i stopnia ich uciążliwości, a także stopnia winy sprawcy i jego zachowania po dokonaniu naruszenia (por. wyrok SN z 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, LEX nr 198509; wyrok SN z 1 kwietnia 2004 r., II CK 131/03, LEX nr 327923; wyrok SN z 19 sierpnia 1980 r., IV CR 283/80, OSN 1981, nr 5, poz. 81; wyrok SN z 9 stycznia 1978 r., IV CR 510/77, OSN 1978, nr 11, poz. 210). Podstawę żądania zadośćuczynienia stanowi przede wszystkim konsekwencja uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia w postaci krzywdy, czyli cierpienia fizycznego i psychicznego. Do cierpień fizycznych zalicza się przede wszystkim ból i podobne do niego dolegliwości. Cierpieniem psychicznym będą ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, konieczności zmiany sposobu życia czy nawet wyłączenia z normalnego życia (por. Agnieszka Rzetecka-Gil, Komentarz do art. 445 Kodeksu cywilnego, LEX/el. 2011, wyrok SN z dnia 3 lutego 2000 r., I CKN 969/98, LEX nr 50824). Jak wynika z art. 445 § 3 k.c., roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego. Wytoczenie powództwa za życia poszkodowanej skutkuje przejściem roszczenia na spadkobierców, gdyż w sytuacjach gdy poszkodowana zmarła w

trakcie procesu, na miejsce zmarłej powódki wstępują do sprawy jej spadkobiercy zgodnie z art. 180 § 1 pkt 1 k.p.c. i art. 445 § 3 k.c. Przedmiotem dziedziczenia nie jest samo prawo do zadośćuczynienia, lecz konkretne roszczenie o kwotę dochodzoną w powództwie wytoczonym przed sądem przez poszkodowaną powódkę (wyrok SN z dnia 25 marca 1975 r., II CR 53/75, LEX nr 7682). Zadośćuczynienie nie może zostać obniżone na tej podstawie, że dochodzą go spadkobiercy. Prawo do renty jest prawem o charakterze osobistym, ściśle powiązane z osobą uprawnionego i jako prawo niezbywalne, gaśnie najpóźniej z chwilą śmierci uprawnionego. Wymagalne, poszczególne raty renty wchodzi w skład spadku po uprawnionym, podlegają więc dziedziczeniu (art. 922 k.c.).

Dalej wskazać należy, iż podstawą dochodzenia od pozwanego renty był art. 444 § 2 k.c. w zw. z art. 445 § 3 k.c. W myśl art. 444 § 2 k.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Jeżeli chodzi o rentę z tytułu zwiększenia się potrzeb poszkodowanego, to jej zasądzenie jest uzasadnione w sytuacji, gdy w wyniku doznanej szkody istnieje konieczność ponoszenia wyższych kosztów utrzymania w zakresie usprawiedliwionych potrzeb w porównaniu ze stanem sprzed wyrządzenia szkody. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi zatem szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie, np. konieczność stałych zabiegów, rehabilitacji, specjalnego odżywiania. Przy czym do przyznania renty nie jest koniecznym wykazanie, że poszkodowany potrzeby te faktycznie zaspokaja i wydatki ponosi. Wystarczy samo istnienie tych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego. Renta bowiem należy się na skutek samego zwiększenia potrzeb (tak Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 4 marca 1969r. (...) 28/69 OSNCP z 1969r., poz. 229).

Z kolei podstawą dochodzenia przez powodów zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej był art. 446 § 4 k.c., który stanowi, iż Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie przewidziane w art. 446 § 4 k.c. pełni funkcję kompensacyjną i powinno wynagradzać osobie pokrzywdzonej cierpienia, utratę radości życia oraz ułatwiać przezwyciężanie ujemnych przeżyć psychicznych związanych z utratą osoby bliskiej.

Istota niniejszej sprawy sprowadzała się tego, czy pozwanemu szpitalowi można przypisać odpowiedzialność za śmierć płodu oraz za rozstrój zdrowia powódki M. K. (2), w szczególności istotna w niniejszej sprawie była ocena, czy leczenie powódki, M. F. – matki M. K. (2) oraz martwego dziecka, w pozwanym Szpitalu a następnie leczenie M. K. (2) na oddziale neonatologicznym miało wpływ na stan jej zdrowia oraz czy można przypisać winę pozwanemu śmierć Z. K. oraz stan zdrowia M. K. (2), jak wywodziła to w procesie strona powodowa. W przedmiotowej sprawie spór dotyczył zatem tego, czy do śmierci Z. K. oraz do wywołania u powódki M. K. (2) rozstroju zdrowia doszło w następstwie zawinionego zachowania lekarzy, będących w dniu 29 stycznia 2009 r. oraz po porodzie pracownikami pozwanego Szpitala, a tym samym, czy można przypisać im czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez małoletnią powódkę oraz przez jej rodziców.

W ocenie Sądu powodowie nie wykazali spełnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej na podstawie powołanych przepisów, w szczególności wyrządzenia szkody przy wykonywaniu przez podwładnego strony pozwanej (personel medyczny) powierzonych mu czynności oraz winy podwładnego strony pozwanej.

W sprawie nie jest spełniona przesłanka odpowiedzialności pozwanego Szpitala w postaci zawinionego działania lub zaniechania lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Jak wynika z przeprowadzonych w sprawie opinii biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa, neonatologii, a także z zakresu patomorfologii, postępowanie personelu medycznego zatrudnionego w pozwanym szpitalu było prawidłowe w zakresie przyjęcia powódki do szpitala, przeprowadzenia u niej odpowiednich badań oraz po ich przeprowadzeniu – podjęcia decyzji o cesarskim cięciu. Sam zabieg cięcia cesarskiego również został przeprowadzony z sposób prawidłowy. Podobnie należy ocenić dalszą hospitalizację powódki M. F. oraz jej dziecka – M. K. (2).

W przedmiotowej sprawie szczególnie istotną dla rozstrzygnięcia kwestią, która została potwierdzona przez wszystkich powołanych w sprawie biegłych, był czas, w jakim doszło do śmierci jednego z bliźniąt. Zarówno z opinii biegłego

ginekologa położnika, jak i z opinii patomorfologa wynika, że przyczyną obumarcia płodu było zaciśnięcie naczyń krwionośnych sznura pępowinowego w miejscu stwierdzonego u martwego noworodka węzła prawdziwego. Jak wynika z dokumentacji lekarskiej i zeznań przesłuchanych w sprawie pracowników szpitala, u obumarłego płodu stwierdzono macerację skóry – wskazano, iż skóra schodziła z dziecka płatami. Biegli wskazali, iż wymienione objawy kliniczne stanowią cechy zmian autolitycznych ciała płodu pod wpływem płynu owodniowego i świadczą o kilkudniowym okresie od zgonu wewnątrzmacicznego do porodu. Obaj biegli stwierdzili, że nie jest wprawdzie możliwe dokładne określenie, kiedy doszło do obumarcia płodu – czy nastąpiło to dwa tygodnie przed porodem, czy 5 dni przed porodem. Jednocześnie jednak wskazali oni zgodnie, że do obumarcia płodu musiało dojść na kilka dni przed przyjęciem powódki M. F. do szpitala, bowiem nie jest możliwe powstanie opisanych wyżej zmian po kilku godzinach od zgonu. Mając na uwadze kategorię sformułowaną w tym zakresie wnioski biegłych ginekologa i patomorfologa, Sąd miał pełne podstawy, aby w sposób jednoznaczny ustalić, iż w chwili przyjęcia powódki M. F. na oddział ginekologiczny pozwanego szpitala, jedno z bliźniąt nie żyło od kilku dni. Mając na uwadze to ustalenie, które – raz jeszcze należy podkreślić – w oparciu o obszerny materiał dowodowy nie budziło żadnych wątpliwości w niniejszej sprawie, uznać należy, że brak jest związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu pozwanego szpitala podjętym w stosunku do powódki oraz jej dzieci a śmiercią jednego z bliźniąt.

Odnosząc się do kwestii ustalenia czasu obumarcia jednego z płodów, wskazać należy na fakt maceracji naskórka świadczącej – jak wynika z opinii biegłych ginekologa i patomorfologa – o tym, że do obumarcia płodu doszło co najmniej kilka dni przed porodem. Strona powodowa wielokrotnie w swoich pismach procesowych zawierających zarzuty dotyczące opinii biegłych, sygnalizowała wątpliwości co do oparcia się biegłych na ustaleniu okoliczności „maceracji”. Wątpliwości te w ocenie Sądu są bezpodstawne, albowiem okoliczność, iż u obumarłego płodu stwierdzono macerację naskórka wynika zarówno zeznań lekarza odbierającego poród powódki M. F., jak i z dokumentacji medycznej, a dokładnie z opisu porodu operacyjnego. W opisie porodu stwierdzono „Brunatny płyn owodniowy. Wydobicie (...) płodu II płci żeńskiej Ap. o z cechami maceracji naskórka m. 1800 g.”. Mając na uwadze powyższe, zarzut kierowany wobec opinii biegłego o braku wskazania, na jakiej podstawie poczynił powyższe ustalenie i wnoszenie w oparciu m.in. o ten zarzut o przeprowadzenie dowodu z opinii instytutu było całkowicie nieuzasadnione. Sąd w oparciu o zebrane dowody mógł w sposób jednoznaczny ustalić, iż na moment przyjęcia do szpitala jedno z bliźniąt nie żyło. Ustalenie powyższe z kolei czyniło zbędnym rozważanie, czy natychmiastowe przeprowadzenie cesarskiego cięcia u powódki mogłoby zapobiec śmierci bliźniaka II lub uniknięciu rozstroju zdrowia bliźniaka I, jak również procentu uszczerbku na zdrowiu bliźniaka I wskutek braku wykonania natychmiastowego cesarskiego cięcia.

Biegły z zakresu ginekologii i położnictwa wskazał nadto, że fakt obumarcia płodu na kilka dni przed porodem miał wpływ na stan zdrowia drugiego z bliźniąt – M. K. (2). Mając na uwadze, że z opinii biegłego ginekologa w sposób jednoznaczny wynika, że wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia dwie godziny wcześniej aniżeli miało to miejsce, nie miałyby żadnego znaczenia dla stanu urodzeniowego żywego dziecka – M. K. (2) oraz dla obserwowanych u niej odległych powikłań, albowiem w chwili przyjęcia do szpitala jedno z bliźniąt od kilku dni nie żyło i do uszkodzenia ciała żywego dziecka musiało dojść przed przybyciem powódki M. F. do szpitala, stwierdzić należy, iż pomiędzy przebiegiem porodu przeprowadzonym przez personel pozwanego szpitala a stanem zdrowia M. K. (2) również nie zachodzi adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.

W ocenie Sądu, nie można również źródła roszczeń powodów upatrywać w zbyt późnym przeprowadzeniu cesarskiego cięcia. Wcześniejsze o dwie godziny wykonanie powyższego zabiegu nie miałyby znaczenia ani dla śmierci jednego bliźnięcia ani dla stanu zdrowia drugiego, na który wpływ miał – jak wynika z opinii biegłych ginekologa i neonatologa – właśnie fakt kilkudniowego kontaktu żywego bliźnięcia z obumarłym płodem. Z uwagi na jednoznaczne stwierdzenie przez biegłych lekarzy, że dziecko w chwili, w której doszło do porodu, musiało już nie żyć od kilku dni, brak jest związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem lekarzy w postaci braku natychmiastowego po przyjęciu powódki na oddział podjęcia decyzji o konieczności zakończenia ciąży poprzez cesarskie cięcie a skutkami w postaci rozstroju zdrowia jednego z bliźniąt i śmierci drugiego płodu. Z przeprowadzonej uzupełniającej opinii biegłego z zakresu ginekologii wynika, że działanie lekarzy, którzy z uwagi na wiek ciąży wstrzymali się z przystąpieniem do cesarskiego

cięcia, wdrażając leczenie polegające na hamowaniu czynności skurczowych oraz przyspieszeniu rozwoju płuc u płodów, było działaniem właściwym, zasadnym w okolicznościach niniejszej sprawy.

Z uwagi na powyższe okoliczności, za bezzasadne należało uznać zarzuty strony powodowej dotyczące ewentualnych zaniedbań ze strony szpitala dotyczące m.in. braku kompletnej dokumentacji oraz braku przeprowadzenia sekcji zwłok. Niedołączenie do dokumentacji medycznej opisu badania USG i KTG stanowić mogło zaniedbanie, jednak nie miało ono żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie. Wskazać należy w ślad za opiniami biegłych, że fakt niewykonania powódce badania ultrasonograficznego tuż po przyjęciu ciężarnej do szpitala nie miał znaczenia dla stanu zdrowia obu płodów, a to z uwagi na to, iż do obumarcia jednego z płodów doszło kilka dni wcześniej. Biegły ginekolog podkreślił również, iż stwierdzenie zgonu jednego z płodów w ciąży jednokosmówkowej stanowiło podstawę do jak najszybszego zakończenia ciąży, wobec czego niesporządzenie w tym momencie opisu badania USG było właściwe. Wskazał biegły jednocześnie, że po zakończeniu ciąży dokumentacja medyczna powódki powinna zostać uzupełniona o opis badania ultrasonograficznego, jednak jego brak nie miał wpływu na przeprowadzone wobec powódki i żywego dziecka postępowanie medyczne. Nawet gdyby opisy powyższych badań zostały zamieszczone w dokumentacji medycznej, postępowanie personelu lekarskiego wobec powódki byłoby identyczne. Podkreślenia wymaga, że oprócz bezprawnego działania strony pozwanej, w sprawie niniejszej konieczne było również wykazanie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym działaniem a powstałą szkodą. W tym kontekście niepełność dokumentacji polegająca jedynie na braku opisów dwóch badań, która może zostać zinterpretowana przez lekarza na podstawie zapisów (w przypadku KTG) czy obrazów (w przypadku USG) tych badań, w żaden sposób nie wpływała na ocenę czynności medycznych, które zostały podjęte przez personel medyczny.

Podobnie biegły lekarz wskazał, że wprowadzenie leczenia nieudokumentowanej infekcji nie było w pełni zasadne, jednak nie stanowi działania nagannego, a nadto w podobnych okolicznościach w większości oddziałów ginekologicznych pacjentce podane zostałyby profilaktycznie antybiotyki. W tym miejscu warto przywołać pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 8 grudnia 1970 r. (II CR 543/70; OSN 1971, poz. 136), w którym Sąd ten stwierdził, że brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. Od lekarza nie można bowiem wymagać nieomyślności, natomiast powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji co do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki nie stwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów.

Wymienione nieprawidłowości nie mogą zatem być źródłem odpowiedzialności pozwanego szpitala, albowiem nie dowiedziono, aby miały one jakikolwiek wpływ na śmierć jednego z płodów albo stan zdrowia narodzonego dziecka. Powyższe prowadzi do wniosku, że pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności ani za obumarcie jednego z bliźniąt, ani za stan zdrowia drugiego.

Odnośnie braku przeprowadzenia sekcji zwłok, wskazać należy, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej obowiązującej w dniu 29 stycznia 2009 r., tj. w dniu porodu, zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogły być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 3. Jak wynika z ust. 3, zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie były poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia. Z kolei ust. 5. Przepisów ust. 1–4 nie stosowało się w przypadkach: 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego; 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny; 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wskazać należy, iż ustawa przewidywała w zacytowanych przepisach trzy typy sytuacji: pierwszą, w której dokonanie sekcji zwłok miało charakter fakultatywny, tj. sekcja może być wykonana, lecz nie jest obowiązkowa (ust. 1), drugą, w której dokonanie sekcji było wyłączone (ust. 3) oraz trzecią, w której dokonanie sekcji co do zasady było obligatoryjne (ust. 5).

W przedmiotowej sprawie mamy do czynienia z sytuacją przewidzianą w art. 24 ust. 1 u.z.o.z. Wskazać należy, że z cytowanego przepisu wynika, że sekcja zwłok osoby zmarłej w podmiocie leczniczym wykonującym

działalność leczniczą mogła, lecz nie musiała być wykonana. W szczególności można było jej dokonać (nie była to jednak konieczność), gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia. O przeprowadzenie sekcji może wystąpić także rodzina zmarłego pacjenta albo przedstawiciel ustawowy zmarłego dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej. Podmiot leczniczy nie jest jednak związany wnioskiem rodziny. Odnosząc powyższe do analizowanej sprawy, wskazać należy, iż nie zachodził obowiązek przeprowadzenia sekcji zwłok obumarłego płodu. Nawet gdyby przyjąć – co interpretując literalnie przepis w niniejszej sprawie jest wykluczone – że zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, i tak przeprowadzenie takiej sekcji byłoby fakultatywne. Zaznaczyć należy, że zgodnie z art. 24 ust. 5 pkt 2 u.z.o.z. dokonanie sekcji zwłok było konieczne, gdy nie można jednoznacznie ustalić przyczyny zgonu.

W ocenie Sądu przesłanka taka nie zachodziła w przedmiotowej sprawie, bowiem przyczyną zgonu obumarłego płodu było zaciśnięcie naczyń krwionośnych sznura pępowinowego w miejscu stwierdzonego u martwego noworodka węzła prawdziwego. Wobec powyższego zasadnie ordynator III Oddziału G. pozwanego szpitala, profesor H. B., wniósł do dyrektora szpitala o odstąpienie od sekcji zwłok martwo urodzonego dziecka, w uzasadnieniu wniosku wskazując na „węzeł prawdziwy na pępowinie, płód z cechami maceracji”. Co istotne w przedmiotowej sprawie – brak sekcji zwłok z uwagi na przyczynę obumarcia płodu i fakt jego nastąpienia co najmniej kilka dni przed porodem, wskazuje na brak związku przyczynowego pomiędzy śmiercią płodu – Z. K. a postępowaniem personelu medycznego podczas hospitalizacji powódki związanej z porodem.

Sąd nie dopatrywał się również zawinionego postępowania personelu pozwanego szpitala w zakresie, w jakim wypisano powódkę do domu po 10-dniowej hospitalizacji mającej miejsce w grudniu 2008 r. Jak wynika z opinii biegłego ginekologa, postępowanie w tym zakresie było prawidłowe i brak było wskazań medycznych dla dalszego pozostawiania w szpitalu przez powódkę. Biegły wyjaśnił, że w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego hospitalizacja jest niezbędna tylko w przypadku wystąpienia ostrych objawów, natomiast w ciąży jednokosmówkowej pobyt w szpitalu jest uzasadniony dopiero od 34 tygodnia ciąży, tymczasem u powódki ustąpiły ostre objawy a jednocześnie znajdowała się ona wówczas dopiero w 27 tygodniu ciąży. Tym samym mając na uwadze brak wskazań medycznych dla kontynuowania hospitalizacji, wypisanie powódki było działaniem właściwym i nie można stwierdzić, że doszło do bezprawnego, zawinionego działania personelu medycznego.

Jak wynika z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2010 r., sygn. akt I CSK 20/10, szpital obowiązany jest do naprawienia szkody wyrządzonej wskutek błędów swoich lekarzy. Należy jednak wskazać, że lekarzowi przeprowadzającemu proces leczniczy pacjenta można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. W ocenie Sądu w niniejszej sprawie należy zgodzić się z opinią przedstawioną przez biegłego z zakresu ginekologii, że proces hospitalizacji powódki M. F. przebiegł prawidłowo, a postępowanie personelu pozwanego szpitala było zgodne z zasadami sztuki oraz wiedzy medycznej. Jednocześnie zważył Sąd, iż ewentualne nieprawidłowości w przebiegu leczenia i dokumentacji szpitalnej nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Mając na uwadze powyższe wywody, Sąd Okręgowy uznał, że podniesione przez biegłych okoliczności i zawarta w opiniach argumentacja i ocena przebiegu porodu oraz leczenia powódki M. F. oraz jej córki M. K. (2) nie pozwala na przypisanie pozwanemu szpitalowi winy w działaniu bądź zaniechaniu. Sąd ustalił w oparciu o opinie biegłych ponad wszelką wątpliwość, iż nie doszło do błędu medycznego. Wszystkie procedury zostały zachowane, działanie lekarzy było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską, zarówno lekarze przyjmujący pacjentkę na Izbie Przyjęć, na III Oddziale G. oraz lekarze odbierający poród zastosowali odpowiednie procedury. W szczególności kategorycznie należało stwierdzić, iż w chwili przyjęcia powódki na oddział brak było podstaw do natychmiastowego przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia, jego przeprowadzenie byłoby wręcz nieprawidłowe, bowiem w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego właściwą procedurą jest podanie glikokortykosteroidów w celu przyspieszenia rozwoju płuc płodu oraz hamowanie czynności skurczowej. Tak samo należy ocenić hospitalizację noworodka M. K. (2) na Oddziale Neonatologicznym, którego personel również w prawidłowy sposób opiekował się małąletnią powódką.

Skoro zatem nie można pozwanemu przypisać winy za jego działania, to wobec niespełnienia się przesłanki z art. 415 k.c. powództwo należy uznać za nieuzasadnione.

Odnosnie istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy działaniem pozwanego, a wystąpieniem szkody, wskazać należy, że ewentualnie stwierdzone w niniejszym postępowaniu nieprawidłowości w postaci niedołączenia do dokumentacji opisów badania ultrasonograficznego i kardiolograficznego nie miały wpływu na podejmowane wobec powódki M. F. czynności medyczne. W niniejszej sprawie podkreślenia wymaga, iż w tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest często niemożliwe, w związku z czym z konieczności należy opierać się jedynie na wysokim prawdopodobieństwie istnienia takiego związku (por. wyroku SN z dnia 27 lutego 1998 r., sygn. II CKN 625/97, PiM 1999/3, s. 130 i n.). Niemniej jednak w niniejszej sprawie nie może być mowy nawet o takim wysokim prawdopodobieństwie, gdyż z opinii sądowno-lekarskiej wyraźnie wynika, iż brak jest jakichkolwiek podstaw do ustalenia skonkretyzowanego stopnia prawdopodobieństwa wpływu przebiegu hospitalizacji powódki M. F. oraz jej córki M. K. (2) na śmierć jednego z bliźniąt i stan zdrowia drugiego z nich. W tym zakresie wskazać należy, że – abstrahując od bezzasadności przeprowadzenia u powódki natychmiastowego cesarskiego cięcia – jego ewentualne wykonanie natychmiast po przyjęciu powódki do szpitala nie miałyby wpływu ani na uratowanie obumarłego płodu, które to obumarcia nastąpiło kilka dni wcześniej, ani na zapobiegnięcie rozstrojowi zdrowia żywego dziecka, na którego stan zdrowia wpłynął fakt wcześniejszego obumarcia drugiego bliźnięcia. Wskazać należy, że nie działanie pozwanego, lecz sam fakt ciąży jednokosmówkowej, jednoowodniowej, w której doszło do obumarcia jednego z płodów spowodował wystąpienie u powódki M. K. (2) rozstroju zdrowia, z którego wywodzone były roszczenia pozwu o zadośćuczynienie dla małoletniej powódki.

W orzecnictwie podnosi się, że istnienie związku przyczynowego (prawdopodobieństwa) w procesach lekarskich może zostać wykazane za pomocą domniemania faktycznego (dowodu pośredniego z art. 231 k.p.c.). W wyroku z dnia 11 stycznia 1972 r. (sygn. I CR 516/71; OSN 1972, poz. 159) Sąd Najwyższy stwierdził, iż jeśli śmiertelny wynik operacji poprzedziły związane z jej przebiegiem zaniedbania operatora lub innego personelu zakładu leczniczego, sąd może uznać, na podstawie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), że między tymi zaniedbaniami a śmiercią chorego zachodzi normalny związek przyczynowy, chyba że istniałyby podstawy do wniosku, że zasady medycyny związek taki wyłączają. Przyjmując za zasadne przywołane powyżej zapatrywania Sądu Najwyższego i odnosząc je do przedmiotowej sprawy, wskazać należy, iż w analizowanej sprawie nie można nawet sformułować wskazanych domniemań faktycznych, albowiem powodowie nie wykazali przesłanki domniemania w postaci zawinonego działania lekarzy – personelu pozwanego (nie stanowi o nim brak opisów badań USG i KTG oraz leczenie nieistniejącej infekcji).

Powództwo zasługuje zatem na oddalenie również z uwagi na brak związku przyczynowo - skutkowego z art. 361 § 1 k.c. pomiędzy działaniem lekarzy pozwanego, a wystąpieniem szkody.

Na marginesie wskazać należy, iż powódka M. K. (2) była niewątpliwie osobą poszkodowaną, która wykazywała znaczny uszczerbek na zdrowiu, podobnie jak jej rodzice, którzy doznali krzywdy w związku z chorobą i śmiercią córek. W przypadku podmiotu leczniczego – samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jakim jest pozwany, pomimo uznania, iż rozmiar krzywdy powodów, a także ich córki M. K. (2), był bardzo znaczny, nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego szpitala za tę krzywdę.

Z uwagi na brak odpowiedzialności pozwanego Sąd Okręgowy oddalił również powództwo w zakresie zasądzenia skapitalizowanej renty.

Z tych też względów orzeczono jak w punkcie 1. sentencji wyroku.

O kosztach Sąd pierwszej instancji orzekł w punktach 2. i 3. sentencji wyroku na podstawie 102 k.p.c., uznając że sytuacja osobista i majątkowa powodów przemawiała za odstąpieniem od zasady obciążania strony przegrywającej kosztami procesu. Na odstąpienie od obciążania kosztami miała wpływ również okoliczność, iż rozpatrywana sprawa miała wieloaspektowy charakter i wymagała specjalistycznej wiedzy. Dlatego też powodowie, wytaczając

powództwo, mogli mieć usprawiedliwione subiektywne przekonanie o zasadności swoich roszczeń. Z uwagi na powyższe okoliczności, zwolnienie powodów z obowiązku zwrotu kosztów procesu stronie przeciwnej odpowiadało zasadom słuszności.

Nieuiszczonymi kosztami sądowymi Sąd obciążył Skarb Państwa.

SSO Izabela Korpik