

Sygn. akt I ACa 88/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Edyta Mroczek

Sędziowie: SA Katarzyna Polańska-Farion

SO del. Bogusława Jarmołowicz-Łochańska (spr.)

Protokolant: sekr. sądowy Marta Puszkarska

po rozpoznaniu w dniu 26 kwietnia 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) im. (...) (...) (...) w W.

i (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 28 października 2016 r., sygn. akt I C 718/14

I. oddala apelację,

II. nie obciąża powódki kosztami instancji odwoławczej należnymi stronie pozwanej i odstępuje od obciążania powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Bogusława Jarmołowicz-Łochańska Edyta Mroczek Katarzyna Polańska-Farion

Sygn. akt I A Ca 88/17

UZASADNIENIE

A. K. wniosła o zasądzenie solidarnie od pozwanych (...) Publicznego Szpitala (...) im. (...) (...) (...) w W. oraz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 800 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę fizyczną oraz psychiczną; renty uzupełniającej w kwocie 1 200 zł miesięcznie płatnej do 10 dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami począwszy od 1 sierpnia 2014 r.; kwoty 2328,05 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem odszkodowania. Ponadto powódka wniosła o ustalenie, że pozwani są solidarnie odpowiedzialni na szkody, które, na skutek nieprawidłowości procesu leczenia lub doznanych obrażeń, mogą ujawnić się w przyszłości oraz o zasądzenie solidarnie od pozwanych kosztów procesu.

Swoje roszczenia powódka wywodziła z krzywdy i szkody jakiej jej zdaniem doznała na skutek błędów medycznych popełnionych przez lekarzy pozwanego szpitala w trakcie jej hospitalizacji w okresie 29 lipca -20 września 2013 r.

Pozwany szpital w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości z uwagi na jego oczywistą bezzasadność oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, kwestionując zarzut popełnienia przez lekarzy leczących powódkę błędu medycznego i powołując się na zgodę powódki na wykonanie wszystkich zabiegów oraz udzieloną jej informację o leczeniu i jego skutkach.

Pozwany ubezpieczyciel w odpowiedzi na pozew także wniósł o jego oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. Zakwestionował swoją odpowiedzialność co do zasady i wysokości ze względu na brak podstaw do jej przypisania. Nadto zdaniem tego pozwanego powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności szpitala tj. popełnienia przez lekarzy podczas wykonania zabiegu operacyjnego błędu medycznego oraz zaniedbań.

Wyrokiem z dnia 28 października 2016 roku Sąd Okręgowy oddalił powództwo; nie obciążył A. K. kosztami procesu i obciążył Skarb Państwa - Sąd Okręgowy w Warszawie nieuiszczonymi kosztami sądowymi, od ponoszenia których powódka została zwolniona.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne i ocena prawna:

Od 28 listopada 2011 r. do dnia 6 grudnia 2011 r. A. K. hospitalizowana była na Oddziale (...) Kliniki (...) Publicznego Szpitala (...) im. (...) (...) (...) W. w O. z uwagi na obustronny zespół wąskiego kanału kręgowego na poziomie L4-L5. W dniu 30 listopada 2011 r. u powódki wykonano zabieg operacyjny. W trakcie hospitalizacji u powódki obecne były objawy neurologiczne w postaci dodatniego objawu Laseuga 20st, osłabienie czucia powierzchniowego na przednio-bocznych powierzchniach łydek oraz osłabienie siły zgięcia grzbietowego stóp w zakresie kończyny dolnej lewej. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym bez deficytów neurologicznych została wypisana do domu.

W dniu 29 lipca 2013 r. powódka w trybie planowym została przyjęta do Oddziału (...) (...) Publicznego Szpitala (...) im. (...) (...) w W. z rozpoznaniem mięśniaka śródjamowego. Tego samego dnia została dokładnie poinformowana o proponowanym sposobie znieczulenia oraz potencjalnym ryzyku wynikającym z jej stanu zdrowia, w pełni świadomie zgodziła się na proponowane znieczulenie ogólne. Również w tym samym dniu została zapoznana z rodzajem schorzenia i wskazaniami do operacji, wyjaśniono jej na czym polega endoskopowa metoda leczenia operacyjnego, histeroskopia oraz laparoscopia, a także poinformowano o możliwych powikłaniach w postaci: śródoperacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego lub moczowodu, śródoperacyjnego uszkodzenia jelit, powstania przetok jelitowych, niedrożności pooperacyjnej jelit, śródoperacyjnym uszkodzeniu ciągłości ściany macicy, krwotoku śródoperacyjnym oraz wtórnym krwawieniu lub krwakiach wymagających przetoczenia krwi lub ponownej interwencji operacyjnej, powikłaniach zakrzepowo-zatorowych, zapaleniu otrzewnej, zakażeniu rany pooperacyjnej, zapaleniu pęcherza moczowego, powstaniu odmy, zespole przewodnienia. Następnie A. K. bez zastrzeżeń zgodziła się na przeprowadzenie u niej zabiegu histeroskopii, elektroresekcji mięśniaka podśluzówkowego, laparoskopii oraz jego ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W dniu 30 lipca 2013 r. wykonano u niej w znieczuleniu ogólnym histeroskopię z resekcją mięśniaka., po którym to zabiegu czuła się dobrze i nie zgłaszała żadnych dolegliwości mogących świadczyć o wystąpieniu powikłań. W porze wieczornej stwierdzono u powódki narastające objawy otrzewnowe, wobec czego, po przeprowadzonej diagnostyce zakwalifikowano ją do laparoskopowej inspekcji brzucha, którą wykonano w dniu 31 lipca 2013 r. Podczas tej operacji stwierdzono obfite krwawienie do jamy otrzewnowej ze perforowanej macicy, na skutek czego dokonano obfitego płukania jamy brzusznej oraz zaopatrzone miejsce perforacji. Wszystkie powikłania zostały prawidłowo zdiagnozowane i leczone. A. K. w stanie ogólnym dobrym, potwierdzonym szerokim wachlarzem badań obrazowych i labolatoryjnych, została wypisana do domu.

W dniach od 3 sierpnia 2013 r. do dnia 5 września 2013 r. powódka ponownie została przyjęta do kliniki z ostrym bólem brzucha z narastającymi objawami ostrego brzucha w narastającym stanie septycznym. Rozpoznano u niej sepsę, zapalenie otrzewnej, ropnie międzypętlowe, perforację odbytnicy, rozejście się rany pooperacyjnej, stan po histeroskopii z resekcji mięśniaka macicy, stan po laparoskopii z powodu krwawienia do jamy otrzewnej w przebiegu jatrogennej perforacji macicy, otyłość i nikotynizm. Przyczyną wystąpienia sepsy, było powikłanie śródoperacyjne

polegające na perforacji ściany macicy z następowym urazem ściany jelita zakończonym jego przedziurawieniem z wylaniem się zawartości jelita do jamy otrzewnej. W trakcie pobytu w szpitalu, w stosunku do A. K. zastosowano leczenie w postaci laparotomii pośrodkowej z ewakuacją ropni jamy otrzewnej w dniu 3 sierpnia 2013 r. oraz relaparotomię z wyłonieniem kolostomii na esicy w dniu 7 sierpnia 2013 r., wtórne szycie rany operacyjnej, zastosowano także leczenie farmakologiczne oraz przeprowadzono badania obrazowe. Przed zabiegami operacyjnymi w dniach 3 sierpnia 2013 r. oraz 7 sierpnia 2013 r. A. K. została także zapoznana z rodzajem schorzenia, sposobie diagnostyki i leczenia, oraz była poinformowana o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu proponowanej diagnostyki lub leczenia. Po uzyskaniu powyższych informacji powódka wyraziła zgodę na diagnostykę i leczenie. Ponadto w dniu 3 sierpnia 2013 r. została dokładnie poinformowana o proponowanym sposobie znieczulenia oraz potencjalnym ryzyku wynikającym z jej stanu zdrowia i w pełni świadomie zgodziła się na proponowane znieczulenie ogólne. Pacjentkę w dniu 5 września 2013 r. w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

Kolejny raz powódka przebywała w pozwanym szpitalu od dnia 18 września 2013 r. do dnia 20 września 2013 r. z rozpoznaniem niedowładu i parestezji kończyny dolnej lewej. W trakcie pobytu w szpitalu wykonano badania biochemiczne, EMG oraz rezonans odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Podczas konsultacji neurologicznej lekarz stwierdził opadanie stopy lewej, zaburzenie czucia powierzchniowego zwłaszcza na powierzchni zewnętrznej podudzia lewego od czasu operacji oraz osłabienie mięśni po lewej stronie i chód brodzący. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu. Badanie MNR kręgosłupa na odcinku lędźwiowo - krzyżowym wykazało zmiany zwyrodnieniowe krążków międzykręgowych L2-L5 oraz SI, dehydratację z obniżeniem wysokości, przepuklinę/protruzję szerokopodstawną tylną pierścieni włóknistych, że krążki modelują worek oponowy bez cech stenozы kanałowej, obustronne zwężenie zachyłków bocznych z cechami modelacji korzeni nerwowych w ich obrębie, w trzonach L1 i L2 zmiany ogniskowe o typie HA, niewielkie zmiany zwyrodnieniowe na krawędziach trzonów i stawów międzykręgowych. Badanie EMG wykazało znacznego stopnia uszkodzenie pnia nerwu kulszowego lewego z masywnymi cechami aktywnego odnerwienia w mięśniach przez niego zaopatrywanych, aksonalne uszkodzenie pnia nerwu udowego lewego bez cech aktywnego odnerwienia z objawami dojrzałej reinerwacji w mięśniu prostym uda lewego, aksonalne uszkodzenie nerwu udowo-goleniowego prawego. Wystąpienie objawów neurologicznych po zabiegach w lipcu, sierpniu i we wrześniu 2013 r. były skutkiem progresji procesu chorobowego istniejącego od kilku lat u powódki, z czego podstawowym procesem odpowiedzialnym za objawy korzeniowe jest stenoza kanału kręgowego na poziomie L-S, a następnie postępujący proces choroby zwyrodnieniowej z licznymi dyskopatiami.

W związku z dyskopatią lędźwiową leczoną operacyjnie w 2011 r., niedowładem kończyny dolnej lewej powódka przechodziła rehabilitację w (...) w W. od dnia 2 stycznia 2014 r. do dnia 31 stycznia 2014 r. Następnie decyzją z dnia 13 lutego 2014 r. przyznano powódce prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 28 stycznia 2014 r. do 27 kwietnia 2014 r. w wysokości 90% podstawy wymiaru oraz od 28 kwietnia do 26 lipca 2014 r. w wysokości 75% podstawy wymiaru.

W związku z dyskopatią lędźwiową, uszkodzeniem nerwu kulszowego lewego i porażeniem stopy lewej powódka przechodziła rehabilitację w (...) w W. od dnia 1 kwietnia 2014 r. do dnia 29 kwietnia 2014 r., od 28 maja 2014 r. do 25 czerwca 2014 r. oraz od 27 sierpnia 2014 r. do 5 września 2014 r. i od dnia 5 listopada 2014 r. do dnia 4 grudnia 2014 r.

Od 8 września 2014 r. do 16 września 2014 r. A. K. przebywała w Klinice (...), do której została przyjęta w trybie planowym w celu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego metodą laparoskopową. Powódka po uzyskanych od lekarza informacjach wyraziła zgodę na diagnostykę i leczenie i w dniu 9 września 2014 r. została poddana operacji. Po jej wykonaniu w stanie ogólnym bardzo dobrym została wypisana do domu.

(...) Publiczny Szpital (...) im. (...) (...) w W. w czasie leczenia powódki miał zawartą z (...) Spółką Akcyjną w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą potwierdzoną polisą Nr (...).

Stan faktyczny w sprawie Sąd Okręgowy ustalił na podstawie wymienionych i niekwestionowanych przez strony dokumentów, dowodu z opinii biegłych z zakresu neurologii T. Ł. oraz z zakresu ginekologii i położnictwa T.

P. (1), ustnych wyjaśnień biegłych, a także zeznań świadków K. B., H. B., P. P. (2) i G. J. (1). Zeznaniami świadków Sąd pierwszej instancji dał wiarę w całości albowiem znajdowały one potwierdzenie w zgromadzonym materiale dowodowym, a ponadto świadkowie byli uczestnikami relacjonowanych wydarzeń, a przedstawiając swoje spostrzeżenia posiłkowali się informacjami z dokumentacji medycznej powódki. Sąd ten także dał wiarę zeznaniom świadka G. J. (1) zarówno w zakresie w jakim opisywały pobyt i hospitalizację A. K. w okresie od 3 sierpnia 2013 r. do dnia 5 września 2013 r., jak również przed tą datą. Świadek wprawdzie nie był bezpośrednim uczestnikiem wydarzeń mających miejsce przed datą 3 sierpnia 2013 r., ale posiadał o nich informacje z dokumentacji medycznej oraz od współpracujących lekarzy. Zeznania te ponadto znajdują potwierdzenie w dopuszczonych w sprawie dowodach z opinii biegłych lekarzy specjalistów oraz innych świadków.

Sąd pierwszej instancji w całości uwzględnił opinie biegłych sądowych T. Ł. i T. P. (1) uznając je za rzetelne i sporządzone zgodnie z zasadami wiedzy i doświadczenia zawodowego biegłych.

Sąd ten wskazał, iż oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ginekologii lub instytutu oraz z zakresu neurochirurgii lub neurologii na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. gdyż za wystarczające uznał opinie sporządzone w sprawie jako prawidłowe, zgodnie z tezami dowodowymi oraz zawierające odniesienie się do postawionych do nich zarzutów. Sąd pierwszej instancji podniósł, iż samo niezadowolenie strony z opinii biegłego nie może stanowić podstawy do przeprowadzania kolejnej opinii.

Sąd Okręgowy oddalił także wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z przesłuchania stron na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. z uwagi na fakt, że okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione, zaś prowadzenie dalszego postępowania dowodowego przedłużyłoby jedynie proces, a nie miałyby wpływu na wydane rozstrzygnięcie.

W ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy oddalił powództwo w stosunku do obojga pozwanych na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 444 k.c. i art. 445 k.c.

Odnosząc się do odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela sąd pierwszej instancji podniósł, iż wynika ona z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony, przy czym zgodnie z § 2 tego przepisu, jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. W przedmiotowej sprawie odpowiedzialność ubezpieczyciela miałaby miejsce jedynie w sytuacji gdyby pozwany szpital dopuścił się błędu w sztuce medycznej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Przy czym zakład ubezpieczeń będzie ponosił odpowiedzialność tylko wówczas jeżeli odpowiedzialność będzie można przypisać placówce medycznej.

Sąd Okręgowy wskazał, iż odpowiedzialność placówki medycznej za błąd w sztuce lekarskiej zależy od spełnienia przesłanek zawartych w art. 430 k.c. Przy czym do przyjęcia odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. konieczne jest spełnienie wszystkich przesłanek 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 powierzonych czynności. Powyższe znajduje potwierdzenie w poglądach zawartych w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 roku, syn. akt A Ca 594/13 {publik. LEXnr 1391906}, które podziela.

Sąd Okręgowy podniósł, iż dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń w niniejszej sprawie konieczne było ustalenie winy lekarzy zatrudnionych w pozwanym szpitalu, z uwzględnieniem, iż nie zwalania pozwanej placówki medycznej od odpowiedzialności brak możliwości ustalenia konkretnego sprawcy szkody tj.

konkretnego lekarza, jeżeli dowody zgromadzone w sprawie pozwalają na przyjęcie, że winę ponosi lekarz albo lekarze z kręgu personelu medycznego zatrudnionego w (...) Publicznym Szpitalu (...) w okresie leczenia szpitalnego powódki. W takiej sytuacji mamy do czynienia z tzw. „winą bezimienną”, która występuje wówczas, kiedy ustalimy, że doszło do błędu medycznego, a trudno jest ustalić, który lekarz jest winny. Przy czym odpowiedzialność placówki medycznej przy przyjęciu winy wystąpi jedynie wtedy, gdy między zawinionym zachowaniem lekarza lub lekarzy, a szkodą istnieje adekwatny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.). Z tym, że orzecznictwo Sądu Najwyższego utrzymało pogląd, iż nie jest wymagane aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza lub lekarzy, a powstałą szkodą został udowodniony w sposób pewny.

Odnosząc powyższe wskazania do stanu faktycznego sprawy Sąd pierwszej instancji wskazał, iż w stanie faktycznym sprawy należało ustalić czy zachowanie lekarzy zatrudnionych w (...) im. (...) (...) w W. uczestniczących w procesie leczenia powódki A. K. było zawinione, tj. czy w trakcie jej leczenia doszło do błędu w sztuce lekarskiej (błędu medycznego), którego konsekwencją było między innymi wystąpienie u powódki sepsy, śródoperacyjnego uszkodzenia mięśnia macicy oraz jelita grubego, zapalenie otrzewnej oraz niedowład lewej nogi.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, iż błąd w sztuce lekarskiej w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 01 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54 (publik. OSN 1957, poz. 7) „Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej”. Na lekarzu spoczywa szczególny obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu, lub zapobieżenia mu, albowiem pomimo dużego postępu medycyny, w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Podnosi się, że obowiązująca wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień wystąpienia błędu medycznego, a nie na dzień wyrokowania. Błąd medyczny jest, więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to odpowiada tendencjom panującym powszechnie w nauce i orzecznictwie, które wyłączają z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza nie dotyczące sfery fachowej tj. diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Sąd Najwyższy oceniając na tle poszczególnych stanów faktycznych kwestię cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odwołuje się do trzech typów (kategorii) błędu, wyróżnionych w oparciu o kryterium czynności w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego. Należą tu: błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania), błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Oceny, czy śródoperacyjne uszkodzenie mięśnia macicy, sepsy, śródoperacyjne uszkodzenie jelita grubego, zapalenie otrzewnej będące efektem operacji przeprowadzonej w dniu 30 lipca 2013 roku przez pozwanego szpital było wynikiem błędu w sztuce lekarskiej Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o opinie biegłych sądowych T. P. (1) i T. Ł.. Biegły ginekolog wskazał, że przeprowadzony u powódki A. K. zabieg nie był błędem medycznym, jak również nie doszło do błędu w czasie jego wykonywania, natomiast późniejsze dolegliwości powódki stanowią poważne powikłania pooperacyjne. Jego zdaniem lekarze (...) im. (...) (...) w W. w sposób prawidłowy podjęli decyzję o sposobie przeprowadzenia resekcji mięśniaka, jak również sposób wykonania operacji oraz jej przebieg był zgodny ze standardami i postępowaniem w nowoczesnej ginekologii. Wystąpienie sepsy związane było z uszkodzeniem jelita grubego w czasie elektroresekcji co spowodowało w późniejszym czasie dziurę w ścianie jelita grubego z następowym kałowym zapaleniem otrzewnej. O możliwości wystąpienia tego rodzaju powikłań powódka była informowana przed zabiegiem operacyjnym i świadomie wyraziła zgodę na jego przeprowadzenie. Jak zaznaczył biegły wszystkie opisane wyżej powikłania były prawidłowo zdiagnozowane i właściwie leczone, pracownicy kliniki dokonali właściwego doboru metod leczniczych niezbędnych w nowoczesnym leczeniu zaistniałych powikłań, właściwie stosowali leki i używali wyrobów medycznych, w chwilach

wypisu powódki ze szpitala nie było powodu do stwierdzenia błędnego postępowania personelu pozwanego szpitala przy wypisie. Jeżeli chodzi o schorzenia neurologiczne, to Sąd pierwszej instancji oparł się na opinii biegłej neurolog T. Ł., która stwierdziła, że wystąpienie u powódki powikłań neurologicznych w postaci osłabienia siły lewej kończyny dolnej (niedowładu) nie było spowodowane nieprawidłowością świadczeń medycznych, a procesem chorobowym istniejącym od kilku lat, wcześniej leczonym i systematycznie postępującym. W okresie kiedy powódka leczona była operacyjnie, wymagała pozycji leżącej, przez co A. K. miała utrudnioną funkcję ruchu, co z kolei przełożyło się na wzmoczenie dolegliwości neurologicznych. Ułożenie powódki w czasie zabiegu operacyjnego oraz przygotowanie jej do zabiegu w ocenie biegłej pozostawało bez wpływu na objawy korzeniowe, natomiast ich leczenie dostosowane do stanu klinicznego, rozpoznania oraz do grafików zabiegów ginekologicznych.

Odnosząc się do zarzutów postawionych przez powódkę opiniom biegłych Sąd pierwszej instancji uznał, iż nie mogą one prowadzić do skutecznego zakwestionowania opinii albowiem sporządzający ją lekarze są specjalistami w swoich dziedzinach, co daje w ocenie Sądu właściwe kompetencje do oceny stanu faktycznego w tej sprawie, a nadto konkluzje płynące z tych opinii znajdują potwierdzenie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym oraz wzajemnie się uzupełniają. Trudno jest zatem uznać by opinie były niekompletne, a ich wnioski błędne. Nie może zasługiwać na uwzględnienie zarzut kierowany w stosunku do biegłego T. P. (1), jakoby utrzymywał kontakty prywatne z lekarzami pozwanej placówki, bowiem nazywa ich kolegami i darzy szacunkiem. W ocenie Sądu wyrażenia te odnoszą się do sfery zawodowej, odniesienie „kolegów” należy odczytywać jako osoby pracujące w tej samej dziedzinie medycyny, zaś „szacunku” należy doszukiwać się w związku z doświadczeniem zawodowym i wiedzą lekarzy, a nie kontaktach prywatnych. Podkreślić należy, że biegły zgodnie z wolą strony został powołany z listy biegłych innego Sądu Okręgowego.

W odniesieniu do zarzutów kierowanych w stosunku do biegłej T. Ł., zdaniem Sądu udzieliła ona odpowiedzi na pytania strony powodowej zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną oraz w zakresie tez dowodowych wnioskowanych przez powódkę. Biegła stwierdziła, że ułożenie powódki w czasie zabiegu operacyjnego oraz przygotowanie jej do zabiegu w ocenie biegłej pozostawało bez wpływu na objawy korzeniowe. Jak wskazała biegła, zabieg przygotowywany jest przez kilka zespołów zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, gdyż korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych, co też uczyniono w przedmiotowej sprawie. Do dowodów tych nie mogą więc mieć zastosowania wszystkie zasady o prowadzeniu dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. W konsekwencji nie można przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 k.p.c. sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub z opinii instytutu, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności (zob. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 30 czerwca 2016 r. III AUa 82/16, LEX nr 2084117). SW stanie faktycznym sprawy opinie sporządzone przez biegłych są pełne, a ich wnioski zgodne z zasadami logicznego myślenia i wiedzą specjalistyczną. Sposób motywowania sformułowanych w opiniach wniosków oraz stopnień ich stanowczości, a także wyrażonych w nich ocen, poziom wiedzy biegłych, stanowi o pełności i dokładności opinii biegłych, zaś kierowane przez stronę zarzuty należy uznać za bezpodstawne i chybione. Biegli w swoich opiniach uzupełniających i ustnych wyjaśnieniach w sposób wyczerpujący ustosunkowali się do zarzutów strony powodowej, jak również odpowiedzieli na zadawane przez strony pytania, wyjaśniając kwestie mniej zrozumiałe dla osób nie mających wiedzy specjalistycznej. W związku z powyższym Sąd pierwszej instancji oparł swoje rozstrzygnięcie właśnie na przedmiotowych opiniach.

W konsekwencji Sąd ten doszedł do przekonania, że powódka nie udowodniła że rozstrój jej zdrowia był wynikiem błędu w sztuce lekarskiej, a niewątpliwie w tym zakresie zgodnie z art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. ciężar dowodu obciążał stronę powodową. Z przeprowadzonych dowodów w szczególności z dowodu z opinii biegłych wynika, iż personel medyczny (...) im. (...) (...) w W. zajmujący się leczeniem powódki nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej. Tym samym nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala zawarte w przepisie

art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., a tym samym odpowiedzialności nie ponosi również pozwany (...). W związku z powyższym Sąd pierwszej instancji oddalił powództwo w całości.

Odnosząc się do żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego za ewentualną dalszą szkodę mogącą się ujawnić w przyszłości u powódki Sąd Okręgowy dodatkowo wskazał, iż nie wykazała ona także interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności na przyszłość zgodnie z art. 189 k.p.c. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że przeprowadzony u powódki A. K. zabieg nie był błędem medycznym, jak również nie doszło do błędu w czasie jego wykonywania, natomiast późniejsze dolegliwości powódki stanowią poważne powikłanie pooperacyjne. Leczenie pooperacyjne powódki w zasadzie zostało zakończone i nic nie wskazuje, że prawdopodobne jest wystąpienie jakichkolwiek schorzeń związanych z leczeniem w pozwanej placówce medycznej. Jeżeli chodzi o objawy korzeniowe i niedowład kończyny dolnej lewej, to zgodnie z opinią biegłego neurologa T. Ł., są one wynikiem wcześniejszej choroby powódki, występującej przed operacją w pozwanym szpitalu i jak zaznaczyła biegła, będą one następować z biegiem lat, co w tego rodzaju przypadkach jest normą.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążając powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu w zakresie roszczenia dochodzonego przeciwko pozwanym przyjmując, iż mając na uwadze znaczne pogorszenie swojego stanu zdrowia w wyniku powikłania, do których doszło w czasie jej leczenia w pozwanym szpitalu, mogła być ona przekonana o zasadności swojego roszczenia.

Apelację od wyroku wniosła powódka zaskarżając je w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, to jest art. 233 § 1 w związku z art. 278 § 1 w związku z art. 316 § 1 k.p.c. poprzez oparcie zaskarżonego wyroku na wadliwych i niepełnych opiniach sporządzonych przez biegłych sądowych powołanych w ramach niniejszego postępowania, czego efektem jest nieustalenie rzeczywistych i pełnych przyczyn rozstroju zdrowia i niepełnosprawności powódki, a czego bezpośrednią konsekwencją jest nieprawidłowe ustalenie przez Sąd I instancji, iż w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych;

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, to jest art. 227 w związku z art. 217 i art. 286 k.p.c. poprzez bezzasadne oddalenie wniosku dowodowego powódki o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych, pomimo iż znajdujące się w aktach sprawy opinie biegłych okazały się być wadliwe i niepełne;

3. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, to jest art. 233 § 1 k.p.c. poprzez całkowicie dowolne ustalenie przez Sąd I instancji, iż przyczyny rozstroju zdrowia i niepełnosprawności powódki nie są związane z takimi działaniami lub zaniechaniami personelu pozwanego ad. 1, które uzasadniają odpowiedzialność pozwanych, pomimo iż z materiału dowodowego oraz zasad logicznego myślenia i doświadczenia życiowego wynika m.in., że: (a) personel szpitala nie wykonał na czas badań mogących ujawnić wystąpienie powikłań skutkujących rozstrojem zdrowia powódki (w szczególności badań CT), (b) Powódka została pochopnie i przedwcześnie wypisana ze szpitala, pomimo iż zgłaszała dolegliwości bólowe, po czym po kilkunastu godzinach wróciła do szpitala w stanie ciężkim, (c) personel szpitala, mając wiedzę o dolegliwościach neurologicznych Powódki nie zastosował żadnych specjalistycznych procedur mających na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia powikłań neurologicznych i tym samym bezsprzecznie przyczynił się do trwałej utraty sprawności nogi u powódki.

W konkluzji skarżąca wnosiła o zmianę zaskarżonego wyroku Sądu I instancji w części, to jest w jego pkt. I w całości poprzez uwzględnienie powództwa w całości; ewentualnie zaś o uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu I instancji w części, to jest w jego pkt. I w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji w tym zakresie.

Nadto wnosiła o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z dodatkowej opinii instytutu lub biegłego sądowego z zakresu ginekologii, innego niż biegły sądowy T. P. (1) oraz z zakresu neurologii lub neurochirurgii, innego niż biegła sądowa T. Ł. na okoliczność: oceny prawidłowości (w zakresie specjalności biegłego) rozpoznania dolegliwości powódki, rozpoznania i zdiagnozowania powikłań oraz doboru właściwych metod leczenia, w tym podawania jej

odpowiednich produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez personel (...) Publicznego Szpitala (...). (...)(...), w tym także oceny prawidłowości wypisania jej ze szpitala oraz wykonania wszelkich niezbędnych badań przed każdym wypisem, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w tym zakresie - wskazanie skutków tych nieprawidłowości, jakie wystąpiły lub mogły wystąpić u powódki; rozpoznania dolegliwości lub schorzeń (w zakresie specjalności biegłego), jakich powódka doznała podczas lub w wyniku świadczeń medycznych udzielanych przez szpital; ustalenia i wskazania powikłań oraz przyczyn rozstroju zdrowia do jakich doszło u powódki (w zakresie specjalności biegłego), z uwzględnieniem ewentualnych przyczyn leżących po stronie szpitala; wskazania rokowań co do możliwości powrotu przez powódkę do stanu zdrowia i odzyskania sprawności funkcji organizmu z okresu sprzed pierwszego zabiegu wykonanego w szpitalu, w szczególności możliwości powrotu do pracy i dotychczasowego aktywnego trybu życia.

Dodatkowo, na podstawie art. 380k.p.c., skarżąca wносиła o rozpoznanie przez Sąd II instancji niepodlegających zaskarżeniu odrębnym zażaleniem postanowień Sądu I instancji w przedmiocie:

(1) pominięcia (oddalenia) wniosku dowodowego powódki o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z przesłuchania powódki - poprzez zmianę tego postanowienia oraz dopuszczenie i przeprowadzenie tego dowodu;

(2) oddalenia wniosków dowodowych powódki o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych ze specjalności ginekologii oraz neurochirurgii (neurologii) niż biegli składający opinie w niniejszej sprawie, na okoliczności wskazane w piśmie procesowym powódki z dnia 13 września 2016 roku.

W odpowiedzi na apelację pozwani wnosili o jej oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

W pierwszej kolejności wskazać należy, że apelacja pełna cum beneficio novorum polega na tym, że Sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę ponownie, kontynuując rozprawę rozpoczętą przed Sądem pierwszej instancji. Wynika to z art. 378 § 1k. p. c., zgodnie z którym Sąd odwoławczy rozpoznaje sprawę, a nie środek odwoławczy. Obowiązkiem Sądu odwoławczego jest zastosowanie właściwego prawa materialnego, usunięcie błędów popełnionych przez Sąd pierwszej instancji, niezależnie od tego czy zostały zarzucone w apelacji. Dokonanie zatem odmiennej oceny prawnej, gdy zarzutu naruszenia prawa materialnego w postaci konkretnego przepisu w apelacji nie było, nie tylko nie stanowi przekroczenia jego granic ale jest wykonaniem obowiązku wynikającego z istoty apelacji. System apelacji pełnej nakłada na Sąd odwoławczy dokonanie ustaleń własnych. Jeżeli własne ustalenia są zgodne z ustaleniami Sądu pierwszej instancji, nie istnieje potrzeba ich powtarzania i wystarczające jest powołanie się na nie. Natomiast przy zmianie ustaleń konieczne jest przedstawienie w uzasadnieniu wyroku wywodu zawierającego ocenę dowodów przy czym Sąd drugiej instancji może zmienić ustalenia faktyczne, stanowiące podstawę wydania wyroku Sądu pierwszej instancji bez przeprowadzenia postępowania dowodowego uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba, że szczególnie okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania. (por. wyrok SN z 10 grudnia 2009r., III UK 54/09, Lex nr 602073 oraz z 30 września 2009r., VCSK 95/09, Lex nr 688059).

Biorąc powyższe wskazania pod uwagę Sąd drugiej instancji w stanie faktycznym sprawy za uzasadnione uznał częściowo zarzuty naruszenia prawa procesowego odnoszące się do prawidłowości sporządzenia opinii przez biegłego ginekologa T. P. (1). Skarżąca bowiem słusznie wskazuje, iż dowód z opinii tego biegłego, pracującego w Ł. został bowiem dopuszczony mimo, iż strona powodowa w trakcie trwania postępowania przed Sądem pierwszej instancji wniosowała o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii spośród lekarzy spoza okręgu (...) i (...), a treść opinii biegłego zarówno głównej jak i uzupełniającej przemawia za zasadnością tego wniosku. Biegły L. P. składając opinię uzupełniającą na rozprawie w dniu 17 maja 2016 r. przyznał, że zna osobiście zarówno dr G. J. jak i P. P., oraz wychodząc poza zakres zlecenia wypowiedział się na temat wysokich kwalifikacji zawodowej obu lekarzy, których zachowanie podczas wykonywania zabiegów operacyjnych i następnie podczas procesu leczenia miał oceniać. Takie zachowanie biegłego nawet jeżeli, jak stwierdził Sąd pierwszej instancji, wynikało jedynie z szacunku dla kolegów wykonujących ten sam zawód, podważało wiarygodność wydanej opinii, a przede wszystkim jej bezstronność i rzetelność oraz prawidłowość wyciągniętych wniosków. W tym miejscu Sąd Apelacyjny podkreśla,

że nie mogą być uznane za dowód w sprawie wypowiedzi biegłego wykraczające zarówno poza zakres udzielonego mu przez sąd zlecenia, jak i poza ustawowo określone jego zadania. Skoro rolą biegłego jest udzielenie wsparcia sądowi orzekającemu w obowiązku wszechstronnego i rzetelnego zbadania sprawy i skoro na tle innych osobowych środków dowodowych dowód z opinii biegłego wyróżnia specjalny jego przedmiot, cel, charakter oraz specyficzne, właściwe tylko jemu, kryteria oceny, to aby dowód taki był pełnowartościowy i przydatny dla orzekania, biegły musi sporządzać opinię w sposób rzetelny i nie budzący żadnych wątpliwości co do braku istnienia jakichkolwiek powiązań czy więzów osobistych dotyczących podmiotu podlegającego ocenie. Stąd potwierdzenie przez biegłego T. P. osobistej znajomości ze świadkiem P. P., operatorem dokonującym zabiegu histeroskopii, a następnie laparoskopii, którym powódka zarzuca wykonanie w warunkach błędu medycznego oraz z jego bezpośrednim przełożonym, w ocenie sądu drugiej instancji powinno skutkować dopuszczeniem przez Sąd pierwszej instancji dowodu z innego biegłego z zakresu ginekologii. Z powyższych względów Sąd Apelacyjny uwzględnił w trybie art. 380 k.p.c. w zw. z art. 381 i 382 k.p.c. wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ginekologii spoza biegłych z okręgu (...) i (...) i dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu ginekologii w osobie dr. J. M. (1) zlecając mu wypowiedzenie się czy:

-działanie pozwanego szpitala w zakresie przyjętych metod leczenia i ich zastosowania w procesie leczenia powódki, począwszy od decyzji o usunięciu mięśniaka macicy (dn. 30.07.13) do dnia wypisu ze szpitala w dniu 05.09.2013 r. pod względem ginekologicznym było prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną, a w szczególności co do obranej metody leczenia i jej wykonania po ujawnieniu się pierwszych powikłań, utrzymującej się gorączki i bolesności;

-powikłania zaistniałe w trakcie wykonywania zabiegu histeroskopii, w tym zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (potocznie sepsa) mieszczą się w granicach dopuszczalnego ryzyka związanego z zabiegiem usunięcia mięśniaka macicy;

- zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (potocznie sepsa) mógł być wykryty przed wypisem powódki ze szpitala w dniu 02.08.2013 r., czy też nie i dlaczego

- ropnie stwierdzone w miednicy mniejszej podczas zabiegu wykonywanego w dniu 3.08.2013 r., mogły być stwierdzone i wykryte podczas zabiegów wykonanych w dniach 30 i 31 lipca 2013 r., a jeżeli nie to, dlaczego

-powódka powinna zostać wypisana ze szpitala już w dniu 02.08.2013 r. pomimo wykonania zabiegu histeroskopii z resekcją mięśniaka powikłaną perforacją macicy z krwotokiem do jamy otrzewnowej reoperowanej ?

Biegły J. M. (1) w opinii pisemnej bardzo obszernie odpowiedział na pytania sądu ze wskazaniem literatury fachowej. W sposób jasny klarowny oraz zrozumiałym, ale fachowym językiem opisał zastosowane metody leczenia, urządzenia, którymi je wykonano oraz wady i zalety zastosowanych metod. A w konsekwencji stwierdził, że działanie pozwanego szpitala w zakresie przyjętych metod leczenia i ich zastosowania w procesie leczenia powódki, począwszy od decyzji o usunięciu mięśniaka macicy do dnia wypisu ze szpitala w dniu 05.09.2013 r. pod względem ginekologicznym było prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną. Wskazał, że prawidłowa była zarówno obrana metoda leczenia jak i jej wykonanie. U powódki zaistniały dwa wskazania do zabiegu metodą endoskopową: mięśniak podśluzówkowy i nieprawidłowy przerost endometrium, co zostało wykazane w ambulatoryjnym badaniu ultrasonograficznym. Trzon macicy powódki, choć wielkości prawidłowej, miał w obrazie USG nierówne echo, co dowodzi istnienia drobnych mięśniaków. Równocześnie w tym badaniu stwierdzono przerost i nierówny obraz endometrium, co samo w sobie stanowiło wskazanie do zabiegu usunięcia błony śluzowej celem badania histopatologicznego. Zdaniem biegłego na etapie wyboru rodzaju zabiegu usunięcia mięśniaka podśluzówkowego, połączone z biopsją endometrium do badania histopatologicznego pod kontrolą wzroku w trakcie histeroskopii było postępowaniem najbardziej optymalnym i prawidłowym. Przygotowanie do planowego zabiegu histeroskopii było typowe tzn. zgodne z zaleceniami obowiązującymi w dacie zdarzenia. Wynika to z oceny danych zawartych w dokumentacji medycznej pozwanego szpitala, zawierające wszystkie druid służące ocenie stanu pacjentki oraz możliwych zagrożeń przed i śródoperacyjnych.

Biegły podkreślił, iż powódka została w sposób prawidłowy tzn. zgodny z wymogami prawa oraz kodeksem etyki lekarskiej poinformowana o istocie schorzenia powodującego potrzebę leczenia operacyjnego, rodzajem

zabiegu endoskopowego, możliwości wystąpienia powikłań ze szczegółowym wymienieniem ich rodzaju. Szczegółowe wyliczenia zawierał dwustronicowy protokół wzorowany dokładnie na zaleceniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Powódka po zapoznaniu się z treścią tego protokołu wyraziła świadomą zgodę na zabieg. Sam zabieg histeroskopowego usunięcia mięśniaka macicy został przeprowadzony także w sposób prawidłowy, co wynika z opisu dokonanego przez operatora i braku objawów podejrzanych w ciągu kolejnych godzin po zabiegu. Biegły podkreślił, że na prawidłowość wykonania zabiegu wskazuje przede wszystkim brak zmiany ciśnienia medium wprowadzanego do jamy macicy. Gdyby w trakcie zabiegu nastąpiło przebicie macicy, ciśnienie podawanego medium uległoby szybkiej zmianie z powodu przemieszczania się płynu do jamy otrzewnej. Również gdyby w trakcie zabiegu wystąpiło krwawienie z uszkodzonego naczynia na zewnątrz macicy, do jamy otrzewnej, to wówczas w kilka godzin po zabiegu zaczęłyby narastać objawy otrzewnowe. Powódka natomiast w dobie operacyjnej była w stanie dobrym. Za prawidłowe biegły uznał też podjęte leczenie po ujawnieniu się pierwszych powikłań, utrzymującej się gorączki i bolesności.

Biegły podkreślił, że wobec nagłego pogorszenia się stanu powódki w dobie następnej po zabiegu, z objawami krwawienia do jamy brzusznej, zdecydowano się na laparoskopową inspekcję jamy otrzewnej. Decyzja o kontroli operacyjnej była prawidłowa, a wybór techniki laparoskopowej wynikał z jednej strony, z oszczędzającej ingerencji w powłoki, a z drugiej niewątpliwie z warunków fizycznych powódki. Otyłość powódki znacznie zwiększała ryzyko utrudnionego następnego gojenia się powłok, a możliwości zaopatrzenia uszkodzenia macicy w technice laparoskopowej - bo taką przyczynę krwawienia przewidywano po histeroskopowym usuwaniu mięśniaka - były porównywalne jak przy klasycznym otwarciu jamy brzusznej. W protokole świadomej zgody powódka akceptowała zarówno laparoskopię zwiadowczą jak też ewentualną laparotomię, czyli klasyczne otwarcie jamy brzusznej. W trakcie tego zabiegu stwierdzono uszkodzenie tylnej ściany macicy, w okolicy rogu prawego, które zostało zaopatrzone zgodnie z zasadami techniki operacyjnej. Po skoagulowaniu miejsca krwawiącego nałożono dodatkowo szew mechaniczny. Wyrazem powodzenia było ustąpienie krwawienia. W zaopatrywaniu krwawienia z zewnętrznej ściany macicy z użyciem elektrody bipolarnej istniała możliwość jatrogennego uszkodzenia jelita grubego. Koagulacja miejsca krwawiącego na tylnej macicy mogła w środowisku wynaczynionej krwi w zatoce Douglasa spowodować oparzenie termiczne ściany jelita (z przeniesienia). Takie oparzenie nie powodowałoby przerwania ciągłości jelita, natomiast powrót aktywności (skurcze robaczkowe) przy wypełnieniu treścią kałową z opóźnieniem prowadzi do powstania świeżej perforacji.

Według biegłego po operacji brzusznej powódka także była obserwowana zgodnie z obowiązującymi standardami, co potwierdzają dekursusy lekarskie oraz wpisy personelu średniego. Ze względu na znaczną utratę krwi zdecydowano o krwiolecznictwie ale wobec ograniczenia w uzyskaniu tego preparatu przetoczono tylko 1 jednostkę koncentratu krwinek czerwonych (KKCZ). Biegły zaznaczył, że leczenie krwią ma określone uwarunkowania i - poprzez wprowadzenie obcego materiału biologicznego - wiąże się ze znacznym ryzykiem nieprawidłowej reakcji organizmu i nie można wykluczyć, że na stan pacjentki po wypisie z oddziału, zaistniały w nocy z 02/03.08.2013 r., miała również wpływ późna reakcja potransfuzyjna.

Zdaniem biegłego także podjęta decyzja o wypisaniu pacjentki w dniu 02.08.2013 r., w świetle zapisów w dokumentacji medycznej, może być uznana za prawidłową gdyż w dniu wypisu była ona w pełni uruchomiona, a parametry życiowe (ciepłota ciała, tętno i ciśnienie tętnicze krwi) były w granicach normy. Nie stwierdzano niepokojących objawów ze strony jamy brzusznej, opatrunki nad nacięciami skóry w miejscach wprowadzania instrumentarium były suche. Z drenu-który usunięto-przez kilkanaście godzin obserwowano jedynie śladową wydzielinę. Powódka miała wprowadzaną normalną dietę. Badanie USG jamy brzusznej nie wykazało obecności wolnego płynu. Ustalono kontynuację farmakoterapii i dalsza kontrola miała być realizowana ambulatoryjnie. Taki sposób postępowania był prawidłowy. Pojawienie się wysokiej temperatury ciała i bóle brzucha w kilkanaście godzin po wypisie, w nocy 02/03.08.13 r. spowodowało ponowne przyjęcie w godzinach nocnych do oddziału i była to decyzja prawidłowa. Kilkugodzinna obserwacja, z wykonaniem badań dodatkowych (w tym tomografii komputerowej) i konsultacją chirurgiczną, doprowadziła do decyzji o laparotomii, którą wykonano w godzinach popołudniowych. To postępowanie było zasadne i wynikało z pojawienia się objawów otrzewnowych czyli tzw. „ostrego brzucha”. Z tego też powodu metodą operacyjną z wyboru była laparotomia. Powódka była w sposób prawidłowy poinformowana o konieczności

laparotomii, w trakcie której mogłoby dojść do usunięcia macicy z przydatkami lub resekcji odcinkowej jelita. Działanie lekarzy było prawidłowe. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono ropnie, które zostały usunięte. Pobrano wymazy bakteriologiczne. Kontrola wzrokowa nie wykazała uszkodzeń narządowych, miejsce po perforacji macicy nie krwawiło ale tylna ściana macicy była łatwo krwawiąca przy manipulacji w tej okolicy w trakcie usuwania ropnia. Taki stan tylnej ściany macicy mógł być konsekwencją oddziaływania ropnia i szybko tworzących się zrostów. Założone szwy przywróciły hemostazę, sprawdzano szczelność jelit, po obfitym płukaniu jamy otrzewnej włączony drenaż zapewniał odbarczanie jamy brzusznej, dodatkowy drenaż odbarczał tkankę podskórną.

Biegły podkreślił, iż na tym etapie, przy ogólnym złym stanie pacjentki oraz z racji szybkości wytworzenia ropni w jamie brzusznej, przy braku dowodów na uszkodzenie przewodu pokarmowego i braku podejrzanego obrazu narządu rodnego, objawowe rozpoznanie sepsy jako stanu ogólnoustrojowego będącego następstwem wcześniejszych zdarzeń, było zasadne. Szybkość narastania objawów brzusznych, gdy w dniu 02.08.13 r. w badaniu USG jamy brzusznej nie wykazano płynu, który pojawił się w dniu następnym już jako ropnie dowodzi, że musiał zaistnieć kaskadowy mechanizm kumulujący kilka czynników. Dominującym według biegłego wydaje się być czynnik alergiczny (w wywiadzie uczulenia na leki, pokrzywka skórna i przeżyty szok anafilaktyczny), ale powódka w tym czasie miała również inne czynniki ryzyka - była otyła i przewlekłe paliła papierosy w ilości powyżej 10 dziennie. Nie można wykluczyć, że dodatkowym - ale istotnym czynnikiem - była opóźniona reakcja na podaną krew jako obcy materiał biologiczny.

Biegły stwierdził analizując objawy somatyczne u powódki w dniu 03.08.18 r. oraz wyniki wykonanych badań dodatkowych (USG, RTG, TK) w kontekście obecności gazu w jamie brzusznej, że postępowanie terapeutyczne było prawidłowe, a przekazanie do oddziału intensywnej terapii było zasadne. A wobec wykazania znacznej ilości wolnego gazu w jamie brzusznej oraz kałowej wydzielmy w drenażu decyzja o kolejnej laparotomii była zasadna. Ujawniono bowiem świeżą perforację odbytnicy z następowym kałowym zapaleniem otrzewnej. Biegły podkreślił, że zapis „rozpoznanie świeżej perforacji odbytnicy” ma kluczowe znaczenie w ocenie rozwoju powikłań. Oznacza, że nie było perforacji jelita przy histeroskopii w dniu 30.07.13 r. Natomiast prawdopodobna jest możliwość, że w trakcie tego zabiegu przy wycinaniu mięśniaka z tylnej ściany macicy nastąpiło tzw. oparzenie elektryczne wykraczające poza ścianę macicy. Było to zdarzenie nie powodujące żadnego czytelnego obrazu makroskopowego, możliwego do spostrzeżenia w trakcie kontroli makroskopowej kończącej zabieg laparoskopii, gdy szczegółowo sprawdzano okolicę macicy.

Zdaniem biegłego drugi mechanizm termicznego uszkodzenia odbytnicy mógł być związany z inspekcją laparoskopową w dniu 31.07.2013 r. Wówczas podczas koagulacji krwawiącego miejsca mogło dojść do niezamierzonego uszkodzenia ściany odbytnicy, która jednak zachowała swoją ciągłość do 6/7.08.2013 r., kiedy stwierdzono kałowe zapalenie otrzewnej.

Odnosząc się do kwestii ropni biegły wskazał, że bardzo szybkie wytworzenie ropni w jamie otrzewnej, stwierdzone w dniu 03.08.13 r., nie wynikało z przerwania ciągłości jelita, albowiem w trakcie laparotomii nie stwierdzono uszkodzenia ściany odbytnicy. Było następstwem znacznego spadku odporności u pacjentki o skłonnościach do reakcji alergicznych, w następstwie uruchomienia procesów odczynowych otrzewnej po wynaczynieniu znacznej ilości krwi do miednicy mniejszej, w tym przede wszystkim zatoki Douglasa (pomiędzy tylną ścianą macicy a przednią odbytnicy).

Pogarszający się stan pacjentki wynikał z załamywania się odporności oraz następowego rozwoju ogólnoustrojowego zakażenia (sepsy). Mogło to mieć wpływ na dalsze osłabienie mechanizmu regeneracji ściany jelita, dotkniętej działaniem energii elektrycznej. Aktywność przewodu pokarmowego spowodowała wzrost ciśnienia wewnątrzjelitowego i w tym złożonym mechanizmie powstała w dniu 6/7.08.13 r. świeża perforacja odbytnicy, powodując czytelne objawy kałowego zapalenia otrzewnej. Podjęta interwencja operacyjna spowodowała odbarczenie przewodu pokarmowego poprzez wyłonienie sztucznego odbytu i była to jedynie słuszna decyzja.

Biegły stwierdził, że dalszy przebieg leczenia wynikał z zastosowanej procedury zabiegowej i danych uzyskiwanych z badań dodatkowych. Zastosowana technika pozostawienia otwartej jamy brzusznej z kontrolą w dniu następnym

i zamknięciem powłok umożliwia bezpośrednią ocenę narządów jamy brzusznej w dobie po zasadniczym zabiegu. Natomiast konieczność szwów wtórnych wynikała z częstego w takich przypadkach rozejścia rany, związanego u pacjentek z otyłością. Nadto według biegłego ginekologa powikłania zaistniałe w trakcie wykonywania zabiegu histeroskopii, które wystąpiły u powódki, zostały wymienione w protokole świadomej zgody na zabieg. Zaś sepsa jako reakcja ogólnoustrojowa, może wystąpić nawet bez związku z leczeniem operacyjnym- jest następstwem załamywania się układu odpornościowego w związku z rozwojem procesów zapalnych. Sepsą nie można się zarazić. U powódki sepsa była wynikiem patologicznej reakcji organizmu, na co składała się osłabiona pierwotnie odporność (alergia, nikotynizm, otyłość), możliwa reakcja na leki zastosowane w trakcie zabiegu oraz skutki miejscowe i ogólne wynikające z nagłego wynaczynienia do jamy otrzewnej znacznej ilości krwi z łożyska naczyniowego. Czynnikiem współistniejącymi mogły być też znaczna anemia oraz opóźniona reakcja na dokonaną transfuzję koncentratu. W dniu wypisu w dniu 02.08.13 r. nie było żadnych cech załamywania się odporności powódki. Stan powódki był dobry. Badanie USG jamy brzusznej w tym dniu nie wykazywało nieprawidłowości, a parametry życiowe - ciepłota ciała, tętno oraz ciśnienie tętnicze krwi były w granicach prawidłowych. W dniu 30 i 31 lipca 201r. nie można było stwierdzić ropni, bo ich tam nie było. Powódka mogła być wypisana ze szpitala w dniu 02.08.13 r. Po zabiegu histeroskopowym w dniu 30.07.13 r. i niepowikłanym przebiegu w dobie operacyjnej, w dniu następnym.

Biegły J. M. (1) w związku z zarzutami powódki złożył w trybie videokonferencji opinię ustną, w której odpowiedział na pytania pełnomocników stron zajmując stanowisko jak w opinii głównej i podtrzymując zawarte w niej wnioski. Odnosząc się do zarzutów powódki dotyczących ułożenia w trakcie zabiegów operacyjnych biegły wskazał, że ułożenie na stole operacyjnym jest takie, które ma umożliwić przeprowadzenie zabiegu. Powódka została poddana zabiegom, które z racji swojej techniki wymagają konkretnego ułożenia. Obecnie powódka by się oświadczyła, czy przyjmuje takie położenie, czy nie. W ocenie biegłego nie było możliwe wykonanie operacji, którą przeszła powódka w innej pozycji niż położenie na stole operacyjnym. Nadto według biegłego u powódki wystąpiła niesamowita dynamika zdarzenia, której jednoznacznego czynnika sprawczego nie można wskazać. Podczas wypisu było wszystko w porządku, powódka miała badanie USG, które nie dało podstaw do niepokoju. Drugie badanie w nocy, już po przyjęciu na oddział również nie wykazało płynu. Pacjentka była wypisywana ze szpitala w stanie dobrym. Tomograf był badaniem kolejnym wobec pogarszającego się stanu powódki i wtedy były konkretne podejrzenia. Ocena zewnętrzna, czyli pogarszający się stan pacjentki i badania tomografii komputerowej doprowadziły do interwencji chirurgicznej.

Złożona opinia ginekologiczna w ocenie Sądu Apelacyjnego jest wyczerpująca i może stanowić podstawę wydanego rozstrzygnięcia. Odpowiada wyczerpująco na zadane pytania i zarzuty powódki oraz odnosi się w znacznej mierze do zapisów w dokumentacji medycznej oraz zeznań świadków. Jest przy tym jednoznaczna, a wnioski z niej wypływające mają charakter kategoriowy i pozostają w zgodzie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego. Proces wnioskowania biegłego jest wynikiem analizy całego procesu leczenia powódki począwszy od dnia 30 lipca 2013 r. opartej na wiedzy teoretycznej i praktycznej biegłego. Wnioski opinii nadto są w całości zgodne z wnioskami biegłych pozostałych specjalności.

Sąd odwoławczy przy tym odstąpił w stanie faktycznym sprawy od dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego z zakresu chirurgii uznając, iż w związku z zarzutami apelacji wystarczającym dla oceny prawidłowości opinii biegłego z zakresu chirurgii będzie złożenie przez biegłego A. S., opinii ustnej uzupełniającej. Biegły ten słuchany na rozprawie apelacyjnej podtrzymał swoją opinię złożoną na piśmie i wnioski dotyczące prawidłowego zachowania i postępowania lekarzy chirurgów oraz dodatkowo na pytania powódki wyjaśnił, iż najprawdopodobniej doszło dwuczaskowego zjawiska. Przy tego typu sytuacjach, gdy dochodzi do oparzenia, a tutaj najprawdopodobniej doszło do oparzenia ściany jelita, czyli do uszkodzenia surowicówki i części mięśniówki, co powoduje, że jest przesączanie płynów w tym zakażonego najczęściej płynu, bo mówimy o odbytnicy co może prowadzić do zakażenia jamy Douglasa i tworzenia się ropnia. Taki zdaniem tego biegłego jest najbardziej prawdopodobny mechanizm powstania tego zakażenia. W sytuacji, która miała miejsce tutaj, a więc w momencie, gdy operowano w warunkach ropnia, jeżeli to było w zakażonych, zmienionych tkankach i na małej powierzchni, to rozpoznanie miejsca perforacji było niemożliwe. Zachowanie chirurgów było prawidłowe, ropień został opróżniony, założony został drenaż tej okolicy, więc lekarze mieli nad tą przestrzenią kontrolę. Leczenie dalej nie przynosiło oczekiwanych efektów, do zakażenia znowu dochodziło, zrobiono

drugi zabieg, który uratował powódce życie. Biegły wyjaśnił, iż ropnia nie da się dokładnie oczyścić, gdyż to są nacieki z włókniaka, który jest jedną zbitą masą. Gdyby chcieć to dokładnie oczyścić, to można by rozwalić całą ścianę jelita. W stanie zapalnym jest to fizycznie niemożliwe. Trzeba operować z dużą ostrożnością i precyzją, żeby nie narobić więcej szkody niż już jest. Podczas zabiegu laparotomii, który miał miejsce 3 sierpnia najprawdopodobniej było niemożliwe zauważenie tej częściowej perforacji, bo pełna perforacja się nie dokonała. W momencie, gdy jest perforacja, w miejscu, gdzie jelito perforuje, śluzówka się wywija i robi się taki jak gdyby grzybek. Ropień to jest jedna zbita masa, najczęściej sztywna pokryta włókniakiem, bo organizm się broni sam. Jest niemożliwe, żeby w tych warunkach to oparzenie znaleźć. Zdaniem tego biegłego do oparzenia doszło w trakcie histeroskopii. Biegły nie był przy tym w stanie precyzyjnie odpowiedzieć, czy podczas zabiegu 31 lipca można było dostrzec miejsce oparzenia, gdyż wtedy nie było jeszcze objawów perforacji, nawet jej nie podejrzewano, objawy otrzewnowe pojawiły się w nocy, wtedy zaczął się tam proces zapalny i pojawił się ropień.

Opinia ta również w ocenie Sądu Apelacyjnego wraz z opinią główną zasługuje na wiarę korespondując w swych wnioskach z opinią biegłego J. M. (1) oraz zeznaniami świadków i dokumentacją medyczną. Stąd Sąd II instancji uznał za przydatną do wydania rozstrzygnięcia.

Pozostałe wnioski dowodowe nie zasługują na uwzględnienie, przy czym dowód z przesłuchania lekarza orzecznika w charakterze świadka jest spóźniony. Akta szkody były dołączone do akt sprawy przez Sąd pierwszej instancji i nie stało na przeszkodzie aby dowód ten został zgłoszony przed sądem pierwszej instancji. Z drugiej strony dowód ten nie byłby przydatny dla rozstrzygnięcia sprawy albowiem lekarz rzecznik wypowiadałby się jedynie na okoliczności, które wymagają wiedzy specjalnej, a tę Sąd drugiej instancji uzyskał za pośrednictwem opinii biegłych. Na podzielenie nie zasługiwał także wniosek o zmianę niezaskarżalnego postanowienia Sądu Okręgowego w części oddalenia wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu neurologii lub neurochirurgii. Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własną na podstawie art. 382 k.p.c. ocenę dowodu z opinii biegłego neurologa T. Ł., dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, jako prawidłową i znajdującą oparcie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. Koresponduje ona z wnioskami biegłych ginekologa i chirurga co do adekwatnego do rodzaju zabiegów wykonywanych u powódki, jej ułożenia w czasie operacji. Biegły J. M. wskazał przy tym, iż w chwili obecnej powódka na takie ułożenie musiałaby wyrazić zgodę. Takiej zgody nie wymagały natomiast standardy w okresie spornego leczenia powódki.

Oceniając przeprowadzone dowody z opinii biegłych należy mieć na uwadze, iż dowód taki jest prawidłowo przeprowadzony wówczas, gdy opinia zawiera uzasadnienie ostatecznych wniosków, sformułowanych w sposób przystępny i zrozumiały dla osób nieposiadających wiadomości specjalnych. Nie ilość opinii świadczy o ich wartości, tylko zawarte w niej wyjaśnienia wymagające wiadomości specjalnych. Opinią biegłego jest całość stanowiska i jako taka podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., a ewentualne braki formy pisemnej mogą być uzupełnione stanowiskiem biegłego prezentowanym w formie ustnej.

W ocenie Sądu drugiej instancji wszystkie przyjęte za podstawę rozstrzygnięcia opinie biegłych spełniają powyższe kryteria. Wynikające z nich wnioski są jasne, kategoryczne i przekonujące dla sądu oraz odpowiadają na zastrzeżenia powódki i wyjaśniają istotne dla sprawy okoliczności. Nie ma zatem potrzeby dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych. Samo niezadowolenie strony z niekorzystnych dla niej wniosków biegłych nie może stanowić skutecznej podstawy środka odwoławczego, uzasadniającej żądanie prowadzenia dalszego postępowania dowodowego, aż do ewentualnego uzyskania pożądanego wyniku tego postępowania. Nadto Sąd Apelacyjny podziela stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w postanowieniu z dnia 6 czerwca 2018 r., sygn. akt I UK 302/17, że żądanie ponowienia lub uzupełnienia dowodu z opinii biegłych jest bezpodstawne, jeżeli sądy uzyskały od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania. Sąd nie jest obowiązany do uwzględniania kolejnych wniosków dowodowych strony tak długo, aż udowodni ona korzystną dla siebie tezę i pomija je od momentu dostatecznego wyjaśnienia spornych okoliczności sprawy.

W konsekwencji w ocenie Sądu Apelacyjnego apelacja nie zasługuje na uwzględnienie. Sąd ten po uzupełnieniu postępowania dowodowego przyjmuje za własną ocenę prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, że w stanie

faktycznym sprawy nie zaistniały podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala na podstawie art. 430 k.c. Nie sposób bowiem przyjąć, iż w niniejszej sprawie wykazano zawiniony błąd medyczny lekarzy, który prowadziłby do odpowiedzialności pozwanego szpitala. Skoro, bezsprzecznie zabieg medyczny u powódki wykonano zgodnie z zaleceniami lekarza kierującego w celu diagnostyki schorzenia powódki, zawartymi w skierowaniu, a nadto przeprowadzono go z zachowaniem wszelkich wymogów, co wynikało z opinii biegłych sądowych ginekologa, chirurga i neurologa, nie sposób uznać, iżby pozwany ponosił odpowiedzialność za skutki perforacji jelita u powódki. Podzielić należy stanowisko pozwanych i Sądu Okręgowego, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na normie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Słusznie podkreślił Sąd pierwszej instancji, że w tym reżimie poszkodowany pacjent nie może powoływać na domniemanie winy, ponieważ przepisy Kodeksu cywilnego takiego domniemania nie ustanawiają. Skoro odpowiedzialność pozwanego szpitala powinna być rozpatrywana w kontekście tych przepisów, to zachodzi konieczność nie tylko ustalenia, czy do powstania szkody na zdrowiu powódki doszło w pozwanej placówce, ale także związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a działaniem zobowiązanego do odszkodowania (art. 361 § 1 k.c.). Taki związek mógłby zaistnieć, gdyby się okazało, iż proces leczenia powódki był przeprowadzony przez pracowników szpitala z naruszeniem zasad sztuki lekarskiej. Wyrządzająca szkodę czynność powinna bowiem nosić znamiona winy.

Zgodzić się także należy z sądem pierwszej instancji, że odpowiedzialność zakładu leczniczego jest odpowiedzialnością szczególną, gdyż zakład ten odpowiada nie tylko za czyny lekarzy, personelu medycznego, ale również za „winę organizacyjną” – własną winę osoby prawnej, przejawiającą się w naruszeniu odpowiednich procedur medycznych. Zgodnie z dotychczasowymi poglądami doktryny i orzecznictwa sądów wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie co do braku narażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne. Pacjentowi przed udzieleniem przez niego zgody na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych winna być przy tym udzielona informacja odpowiednia i przystępna. Zgoda pacjenta, aby była niewadliwie udzielona, musi być „poinformowana” (objaśniona, świadoma). Pacjent musi znać przedmiot zabiegu, być poinformowany o diagnozie, proponowanych metodach leczenia, jak również o jego skutkach i ryzyku. Chodzi generalnie o taki zakres informacji, jaki jest niezbędny rozsądnej osobie, będącej w sytuacji pacjenta, aby móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu.

Przenosząc powyższe na grunt badanej sprawy stwierdzić należy, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało aby, personel medyczny pozwanego szpitala, w tym lekarze dokonujący diagnostyki, wykonywania poszczególnych zabiegów raz prowadzący leczenie i terapię po zabiegach popełnili błędy medyczne, które skutkowałyby odpowiedzialnością placówki medycznej. Wprost przeciwnie z opinii wszystkich biegłych wynika, iż ich postępowanie było prawidłowe i zgodne ze sztuką i wiedzą medyczną, a zaistniałe komplikacje były dopuszczalnymi powikłaniami, o możliwości zaistnienia których zresztą powódka przed każdym zabiegiem była poinformowana i na zaistnienie których wyraziła świadomą zgodę.

Z powyższych względów z powodu braku podstaw odpowiedzialności pozwanego szpitala powództwo przeciwko niemu zostało zasadnie przez Sąd Okręgowy oddalone.

Oddalenie powództwa przeciwko szpitalowi skutkowało oddaleniem powództwa także w stosunku do pozwanego ubezpieczyciela. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest bowiem odpowiedzialnością typu gwarancyjnego. Nie jest to bowiem klasyczne naprawienie szkody przez sprawcę, ale spełnienie przez ubezpieczyciela określonego

świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia. W świetle treści art. 822 § 1k.c. , ubezpieczyciel jest zobowiązany do naprawienia szkody wyłącznie wtedy, gdy odpowiedzialność za jej powstanie obciąża osobę ubezpieczoną (ubezpieczającą). Samo zgłoszenie szkody, stanowiące realizację obowiązku wobec ubezpieczyciela, nie może być traktowane jako przyznanie swej odpowiedzialności za określone zdarzenie. Przenosząc powyższe na stan faktyczny sprawy słusznie Sąd pierwszej instancji wskazał, że ubezpieczyciel ponosiłby gwarancyjną odpowiedzialność tylko wtedy gdyby zostało udowodnione, że personel medyczny pozwanego szpitala w procesie leczenia powódki dopuścił się błędów medycznych, a co nie zostało wykazane.

Biorąc powyższe pod uwagę apelacja została oddalona na podstawie art. 385 k.p.c.. O kosztach procesu Sąd odwoławczy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. mając na wadze zarówno sytuację rodzinną, majątkową powódki oraz fakt, iż stan faktyczny w sprawie i konieczność powołania biegłych kilku specjalności przemawia za tym, iż mogła ona mieć subiektywne przekonanie o zasadności swojego roszczenia.

Z tych samych powodów Sąd II instancji nie obciążył powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. , poz. 398 ze zm.).

Bogusława Jarmołowicz – Łochańska Edyta Mroczek Katarzyna Polańska – Farion