

*Sygn. akt I ACa 598/16*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 kwietnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Krzysztof Chojnowski (spr.)
Sędziowie	:	SA Elżbieta Bieńkowska SA Magdalena Natalia Pankowicz
Protokolant	:	Anna Bogusławska

po rozpoznaniu w dniu 6 kwietnia 2018 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **K. W., A. W. (1) i A. W. (2)**

przeciwko **(...) W. w Ł.**

**o zapłatę**

na skutek apelacji powódek

od wyroku Sądu Okręgowego w Łomży

z dnia 23 lutego 2016 r. sygn. akt I C 685/13

**I. oddala apelację;**

**II. zasądza na rzecz pozwanego od powódki K. W. kwotę 5.400 złotych, a od powódek A. W. (1) i A. W. (2) kwoty po 2.700 złotych tytułem zwrotu kosztów instancji odwoławczej.**

(...)

## UZASADNIENIE

Powódki K. W., A. W. (1) i A. W. (2) wniosły o zasądzenie od pozwanego(...)W. w Ł. na rzecz powódki K. W. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej i kwoty 10.000 zł tytułem zwrotu kosztów pogrzebu męża Z. W., zaś na rzecz powódek A. W. (1) i A. W. (2) tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę kwot po 200.000 zł na rzecz każdej z nich oraz kosztów procesu.

Pozwany wniosł o oddalenie powództw jako bezzasadnych i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 23 lutego 2016 roku Sąd Okręgowy w Łomży oddalił powództwo (w punkcie I wyroku), zasądził od powódek K. W., A. W. (1) i A. W. (2) na rzecz (...)K. S. W. w Ł. kwotę 7.200 złotych tytułem kosztów procesu, z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez jedną z powódek zwalnia wszystkie powódki do wysokości zapłaty (w punkcie II wyroku), koszty postępowania zażaleniowego, powstałe na skutek wniesionego przez stronę powodową zażalenia na postanowienie Sądu Okręgowego w Łomży z dnia 26 lutego 2014 r. sygn. akt I C 685/13, pomiędzy stronami wzajemnie zniósł (w punkcie III wyroku), tytułem zwrotu wydatków pokrytych z sum budżetowych nakazał pobrać od powódek K. W., A. W. (1) i A. W. (2) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łomży kwotę 601,20 złotych, z tym zastrzeżeniem, że zapłata przez jedną z powódek zwalnia wszystkie powódki do wysokości zapłaty (w punkcie IV wyroku).

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 6 października 2010 roku do (...)w Ł. został przyjęty Z. W. – mąż powódki K. W. oraz ojciec powódek - A. W. (1) i A. W. (2). Skarżył się on na dyskomfort w klatce piersiowej i zmniejszoną tolerancję wysiłku. Odczuwał też drętwienie lewej ręki i nogi. Zgłaszał, że dolegliwości takie odczuwa pierwszy raz w życiu. W badaniu przedmiotowym przy przyjęciu stwierdzono niewielki obrzęk podudzi. Jego stan ogólny określono jako dość dobry. Czynność serca określona została jako miarowa. Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy oceniono jako prawidłowy. Wykonano morfologię, analizę moczu, badania biochemiczne, enzymy wskaźnikowe, elektrolity, parametry nerkowe, hormony tarczycy i EKG. Decyzje o kolejności wykonywania badań podejmował koordynator Oddziału Kardiologii dr R. K.. W badaniach dodatkowych z odchyień od normy stwierdzono: podwyższony poziom kreatyniny, co wskazywało na przewlekłe schorzenie nerek. W trakcie hospitalizacji stan pacjenta pozostawał stabilny, dolegliwości nie nawracały. Dnia 8.10.2010 r. w dokumentacji medycznej zanotowano, że pacjent jest w stanie ogólnym dobrym. Dolegliwości nie zgłasza. Czynność serca miarowa. Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy. Redukcja obrzęków podudzi. Wykonano test wysiłkowy z wynikiem ujemnym. W badaniach laboratoryjnych nieznaczna poprawa parametrów nerkowych. Dnia 9.10.2010 r. – stwierdzono stan pacjenta stabilny klinicznie. Dnia 10.10.2010 r. Z. W. był w stanie ogólnym dobrym, rano w trakcie obchodu bez dolegliwości, płuca osłuchowo bez odchyień, czynność serca miarowa 72/min. Widziany był w towarzystwie żony na korytarzu od godz. 19.30 do 20.30. W godzinach wieczornych pacjent poprosił o lek uspokajający z powodu zdenerwowania - zlecono 5mg R. p.o. Wieczorem chorego nie było na sali podczas obchodu. Około godz. 21.30 zmierzono mu RR, wynosiło 164/80mmHg, czuł się dobrze. Około godz. 23.00 położył się spać. Spał do godz. 4.20, wstał i poszedł do w.c. Ponownie położył się do łóżka i nie zgłaszał żadnych dolegliwości. W dniu 11.10.2010 r. o godz. 5.45 Z. W. został znaleziony nieżywy w łóżku, a lekarz dyżurny stwierdził zgon pacjenta. W związku z stwierdzeniem płam opadowych nie podjęto (...). Po przeprowadzonej sekcji zwłok rozpoznano pęknięcie ściany aorty, tamponadę worka osierdziowego i zatrzymanie krążenia. Przyczyną tamponady serca był krwiak rozwarstwiający aorty - rozdarcie błony wewnętrznej zlokalizowane w części wstępującej aorty z wytworzeniem krwiaka, sięgającego błony wewnętrznej.

Sąd I instancji ustalił także, że powódka K. W., urodzona (...) i Z. W., urodzony (...), zawarli związek małżeński 25 lipca 1981 roku. Łączyło wspólne zainteresowanie malarstwem, razem jeździli na wycieczki rowerowe oraz interesowali się haftem. Z. W. był dobrym mężem i ojcem, interesował się sportem, lubił potańczyć. Z powódką A. W. (1) mieli wspólne pasje – fotografię i gotowanie. Małżonkowie zajmowali się działką w Z.. Z. W. wykonywał w ogrodzie cięższe prace fizyczne, kupował rośliny i dbał o architekturę. Wykonywał wszystkie opłaty, zajmował się informatyką, komputerem, robił zakupy oraz usuwał awarie i usterki instalacji kanalizacyjnej. Małżonkowie wspólnie wychowali dwie córki – A. W. (1) i A. W. (2). Małżonkowie wspierali córki finansowo, również po ukończeniu przez nie studiów wyższych. Z. W. miał wykształcenie wyższe, zawód magister chemii, a przed śmiercią pracował jako kierownik laboratorium w (...)w B. Delegatura w Ł.. Za okres od 1 stycznia 2010 roku do 11 października 2010 roku po odliczeniu kosztów uzyskania przychodów, zaliczki na podatek dochodowy oraz składek ZUS uzyskał dochód w wysokości 32 226,59 zł, tj. około 3 500 zł miesięcznie. Przed pobycem w szpitalu w październiku 2010 roku nie leczył się u specjalistów.

Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że K. W. w 2010 r. pracowała i aktualnie nadal pracuje jako pielęgniarka w(...)w Ł., w szpitalnym oddziale ratunkowym. Śmierć Z. W. i jego pogrzeb były traumatycznym przeżyciem dla wszystkich powódek, a przede wszystkim dla powódki K. W.. Poniosła ona wydatki na pogrzeb męża w kwocie 8268,31 zł, a wydatki te w kwocie 6 000 zł zostały jej zwrócone przez ZUS. Po śmierci męża była raz u psychiatry w ramach

NFZ oraz otrzymała leki, po których nie mogła funkcjonować i dlatego zaprzestała leczenia. Cały czas przyjmuje natomiast leki ziołowe uspakajające, z których przed śmiercią męża nie korzystała. Po śmierci męża u powódki nasiliły się dolegliwości kręgosłupa, bezsenność i apatia. Aktualnie mieszka sama w mieszkaniu poprzednio zajmowanym razem z mężem w Ł. i nie wyszła powtórnie za mąż. Nieustannie brak jej obecności męża w życiu codziennym i czuje się samotna. Na działce w Z. wykonuje ciężkie prace, które wcześniej wykonywał mąż. Aktualnie działka ta wygląda gorzej niż przed śmiercią Z. W.. Wskutek śmierci męża nastąpiło znaczne pogorszenie sytuacji życiowej powódki K. W..

Sąd I instancji ustalił ponadto, że powódka A. W. (1) urodziła się (...), ma wykształcenie wyższe i jest z zawodu psychoterapeutką. Swoje dzieciństwo wspomina jako bardzo szczęśliwe. Wspomina, że rodzice byli ze sobą bardzo związani. Od 2002 roku mieszka w G., w swoim mieszkaniu, kupionym jej przez rodziców. Za życia Z. W. przyjeżdżała do domu rodzinnego na święta, wakacje i ferie. Ojciec wspierał ją w rozmowach telefonicznych, które miały miejsce praktycznie codziennie, pisał do niej maile. Często przyjeżdżał do niej w odwiedziny do G., a wówczas naprawiał jej zepsute rzeczy. Rodzice wspierali powódkę w jej sprawach życiowych i wspomagali ją finansowo, kupowali elementy wyposażenia mieszkania. Gdy dowiedziała się o śmierci ojca – była załamana i cały czas płakała. Wobec braku wsparcia finansowego ze strony ojca, pogorszyła się jej sytuacja finansowa. Powódka A. W. (2) urodziła się (...), ma wykształcenie wyższe i z zawodu jest kulturoznawcą. Miała szczęśliwe dzieciństwo, a w jej wspomnieniach rodzice byli szczęśliwym małżeństwem. Od 2001 roku mieszkała w W. i tam studiowała. Oboje rodzice odwiedzali powódkę i wspólnie chodzili z nią na zakupy. Ojciec utrzymywał z nią również kontakt telefoniczny i przez komunikator S.. Aktualnie powódka mieszka w B. razem ze swoim narzeczonym.

Sąd Okręgowy wskazał na ogólne przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej za czyn niedozwolony: fakt stanowiący przyczynę sprawczą szkody, z którym ustawa łączy obowiązek jej naprawienia, szkoda i jej powstanie, związek przyczynowy zachodzący pomiędzy tym zdarzeniem, a szkodą oraz winą. Podkreślił, że w stosunku do lekarza czy pracowników szpitala za obiektywny element winy można uważać uchybienie obowiązkom zawodowym traktowanym szeroko, wynikającym z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej.

Powołał się na opinie biegłych dr. n. med. I. S. – specjalisty medycyny sądowej i neurologii oraz lek. med. J. P. – specjalisty kardiologa. Na ich podstawie wskazał, że krwiałk śródścienny aorty jest ostrą chorobą klatki piersiowej. Charakteryzuje się krwotokiem śródściennym aorty bez przerwania ciągłości błony wewnętrznej i bez wytworzenia się światła rzekomego naczynia. Stanowi on zagrożenie dla życia chorego. Dolegliwości, jakie stwierdza się u pacjentów, u których występuje krwiałk śródścienny aorty to nadciśnienie tętnicze oraz objawy miażdżycy aorty. Podstawowym objawem jest nagły, silny ból w klatce piersiowej, najczęściej określany, jako rozrywający lub przeszywający, zlokalizowany zamostkowo, który promieniuje aż do szyi lub do okolicy międzyłopatkowej. U pacjentów z rozwarstwieniem aorty częstość występowania krwiałka śródściennego wynosi od 10% do 30%, natomiast w 28-47% przypadków to krwiałk wywołuje ostre rozwarstwienie aorty. Możliwe jest wystąpienie powikłań takich jak: niedomykalność aortalna, przesiąkanie krwi do worka osierdziowego lub jamy opłucnej czy pęknięcie ściany aorty. Mogą o tym świadczyć np. szmer rozkurczowy, objawy ostrej tamponady serca lub obecność dużej ilości płynu w jamie opłucnowej. Dotychczas krwiałki śródścienne aorty rozpoznawano śródoperacyjnie lub w czasie autopsji. Krwiałki wykrywano u 5-13% pacjentów z rozpoznaniem rozwarstwieniem aorty. Dzięki nowoczesnym badaniom możliwe jest wykrycie krwiałków u większej liczby pacjentów. Badania umożliwiające rozpoznanie krwiałka śródściennego aorty to tomografia komputerowa, echokardiografia przezprzełykowa (dzięki niej można ujawnić pogrubienie ściany aorty ze zmianami jej światła oraz obecność fali zwrotnej niedomykalności aortalnej; jest to badanie bezpieczne i dokładne, które pozwala na szybką diagnozę), rezonans magnetyczny. Leczenie zależne jest od lokalizacji zmiany, rozwoju oraz występujących objawów i stopnia ich nasilania. Celem leczenia jest obniżanie ciśnienia tętniczego krwi, podczas którego stan pacjenta jest monitorowany. Możliwe jest także wdrożenie leczenia chirurgicznego u pacjentów z poszerzającym się krwiałkiem, krwotokiem do śródpiersia, wstrząsem, ostrym niedokrwieniem narządów oraz pęknięciem ściany aorty.

Powołując się na opinie Sąd Instancji stwierdził, że jak wynika z dokumentacji medycznej mąż powódki K. W. został przyjęty do szpitala w dniu 6.10.2010 r. z powodu dyskomfortu w lewej połowie klatki piersiowej i spadku tolerancji wysiłku. Dolegliwości te wystąpiły pierwszy raz w życiu. W historii choroby odnotowano też bóle w klatce

piersiowej, drętwienie lewej ręki i nogi. Nie były to dolegliwości charakterystyczne dla krwaka śródściennego aorty, typu bólu przeszywającego, rozrywającego, promieniującego do szyi lub okolicy międzyłopatkowej i mogły być trudne do interpretacji. U pacjenta podejrzewano chorobę wieńcową, wykonano badanie EKG i badania laboratoryjne. Badania nie potwierdziły wstępnego rozpoznania, dlatego należało brać pod uwagę inne przyczyny zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości, m.in. krwaka śródścienny aorty. Należało rozważyć wykonanie zdjęcia rtg klatki piersiowej, echokardiografii przezklatkowej, a w późniejszej kolejności echokardiografii przezprzelykowej, badania KT klatki piersiowej z kontrastem. Z drugiej strony pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe w okolicy serca jedynie przy przyjęciu i w nocy z 6/7.10.2010 r. W dniu 7.10.2010 r. nie odnotowano już dolegliwości. Ponadto, w badaniu fizykalnym nie odnotowywano odchyłeń od normy, poza obrzękami podudzi przy przyjęciu, które po lekach ustąpiły. Odchylenia w badaniach laboratoryjnych również nie wymagały diagnostyki w trybie nagłym. W dniu 10.10.2010 r. wieczorem pacjent poprosił o lek uspokajający z powodu zdenerwowania, po którym dolegliwości nie zgłaszał. Brak odchyłeń w badaniach wykonanych przy przyjęciu Z. W. oraz stabilny stan podczas hospitalizacji uspiły nieco czujność lekarzy, którzy nie pogłębili diagnostyki. Jednak obraz kliniczny nie był jednoznaczny i nie wymagał diagnostyki w trybie pilnym. Nic nie wskazywało, że może dojść do zgonu pacjenta. Dlatego przypadek ten był trudny diagnostycznie. Nawet gdyby lekarze pogłębili diagnostykę o wykonanie badania rtg klatki piersiowej czy echokardiografii przezklatkowej, mogliby nie rozpoznać schorzenia. Natomiast pozostałe badania: echokardiografia przezprzelykowa, badanie KT mogłyby być zaplanowane w terminie późniejszym, bo okres hospitalizacji był krótki, co nie uchroniłoby pacjenta przez zgonem, którego nie dało się przewidzieć.

W czasie pobytu w pozwanym (...) miał właściwą opiekę medyczną, adekwatnie do postawionego rozpoznania. Być może było możliwe wcześniejsze wykrycie u niego schorzenia, chociaż okres hospitalizacji był zbyt krótki na wykonanie wszystkich niezbędnych badań. Nawet gdyby wykonano wszystkie badania i rozpoznano chorobę, nie wiadomo czy zastosowane leczenie przyniosłoby efekt, bo nawet mimo zastosowanego leczenia mogło dojść do zgonu pacjenta. Czynności lecznicze podjęte wobec pacjenta w szpitalu, poza nie poszerzeniem diagnostyki (której prawdopodobnie nie zdążono by przeprowadzić), były prawidłowe. Według dokumentacji medycznej wartości ciśnienia tętniczego mierzonego u Z. W. utrzymywały się na podobnym poziomie przez cały okres hospitalizacji, dlatego brak jest przesłanek, aby w tym przypadku mówić o wpływie niekontynuowania leczenia podwyższonego ciśnienia krwi na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta i jego zgon. Należy dodać, że prowadzono pomiar ciśnienia u pacjenta kilka razy dziennie. Odnośnie standardów postępowania kardiologicznego, w 2010 r. były stosowane zalecenia (...) (A.) jak również (...). W przypadku podejrzenia choroby wieńcowej przeprowadza się badanie pacjenta (badanie podmiotowe - wywiad i badanie przedmiotowe), zleca się badania laboratoryjne, wykonuje badanie EKG, a czasem zdjęcie rtg klatki piersiowej. Lekarz dyżurny w dniu przyjęcia zleca podstawowe badania i ewentualnie dodatkowe w zależności od stanu pacjenta. Gdy stan pacjenta jest stabilny, pacjent jest kierowany na oddział - lekarz dyżurny zleca leczenie w zależności od zgłaszanych dolegliwości i wyników badań. Następnego dnia lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem czy koordynatorem uzgadniają tok postępowania z pacjentem, np. obserwację pacjenta, dodatkowe badania, leczenie. W tym przypadku nie poszerzono diagnostyki, ale nie było wskazań pilnych do jej poszerzenia. Poza tym standardy postępowania z pacjentem były zachowane. Podwyższony poziom kreatyny i troponiny mógł wskazywać na nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu. Pacjent wymagał diagnostyki tych nieprawidłowości w trybie planowym. Preparat O. (...) to suplement diety wspomagający redukcję tłuszczu zapasowego dla osób aktywnych fizycznie i sportowców. Skomponowany ze składników naturalnych. Przeznaczony tylko dla osób dorosłych. W skład preparatu wchodzi: Kofeina, P., S. magnezu, Wapń, Witamina B5 (kwas pantotenowy), Witamina B6, Witamina C (kwas askorbinowy), ekstrakty z gorzkiej pomarańczy, zielonej herbaty, zielonej kawy, ketonów maliny, cytrusów i guarany, pieprzu czarnego, kakao, pieprzu kajeńskiego, imbiru itp. P. jest u kobiet w ciąży, karmiących piersią; osób z nadciśnieniem, chorobami serca, skłonnością do depresji lub nadwrażliwości na któryś ze składników. Powyższy preparat może mieć wpływ na wahania ciśnienia tętniczego krwi. Jednak jego zażycie ostatni raz przed trzema miesiącami przed hospitalizacją, nie miało wpływu na stan zdrowia pacjenta.

Sąd Okręgowy podkreślił, że podstawowym objawem choroby stwierdzonej u Z. W. jest nagły, silny ból w klatce piersiowej, najczęściej określany, jako rozrywający lub przeszywający, zlokalizowany zamostkowo, który promieniuje aż do szyi lub do okolicy międzyłopatkowej. Zarówno z historii choroby, jak i zeznań w postępowaniu

przygotowawczym nie wynika, aby takie objawy były zgłaszane. Przeprowadzona sekcja zwłok wykazała miejscowe odczyny zapalne, z ogniskową martwicą błony wewnętrznej i środkowej, co świadczy o tym, że tworzenie się krwiaka śródściennego trwało pewien czas, jednak nie da się określić jak długo. N. krwiak śródścienny aorty do chwili pęknięcia z reguły nie daje żadnych uchwytnych klinicznie objawów. Tak właśnie mogło być w tym przypadku. Do pęknięcia krwiaka doszło najprawdopodobniej w chwili zgonu. Nie można całkowicie wykluczyć również wcześniejszego pęknięcia błony wewnętrznej aorty i zgonu z powodu powikłań rozwarstwienia błony środkowej aorty. Objawy, z którymi pacjent zgłosił się do szpitala nie były charakterystyczne dla krwiaka. Diagnoza zarówno w fazie wywiadu, jak i przeprowadzonych badań była prawidłowa. Wymagała poszerzenia diagnostyki. Teoretycznie można było diagnozę krwiaka śródściennego aorty postawić przed śmiercią pacjenta, jednak kilka dni od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala a śmiercią jest bardzo krótki do przeprowadzenia aż tylu szczegółowych badań.

Sąd I instancji wskazał, że wnioski wynikające z powyższej opinii znalazły potwierdzenie również w opinii biegłego lekarza z zakresu kardiologii U. K., która stwierdziła, że nie wiadomo kiedy dokonało się pęknięcie błony wewnętrznej aorty, czy w momencie nagłego zgonu, czy wcześniej w mniejszym stopniu (w momencie odczuwania bólów), a dalsza nagła progresja powodowała zgon. Dopiero badanie echo przezprzełykowe lub tomografia komputerowa z kontrastem pozwalają praktycznie w 100% rozpoznać takie zmiany w aorcie. Stan chorego w trakcie hospitalizacji był stabilny i nie wskazywało na konieczność wykonania tych badań tym bardziej w trybie pilnym. Badanie przezklatkowe mogłoby coś zasugerować, ale też nie koniecznie. W niedzielę wieczorem chory zgłosił niepokój i otrzymał leki uspakajające. Jest to bardzo niejednoznaczny, nieprecyzyjny objaw. Według relacji dyżurujących pielęgniarek Z. W. nie skarżył się na nic, miał mierzone ciśnienie tętnicze i było one prawidłowe. Wskazuje to raczej, że nagłe powikłania rozwarstwienia błony środkowej aorty spowodowały nagły zgon. Wobec tego mogło być tak, że Z. W. miał krwiaka śródściennego, który pozostawał bezobjawowy w trakcie hospitalizacji, a zmanifestował się nagłym zgonem. Na podstawie wyników sekcji zwłok jednoznacznie można stwierdzić, że toczył się proces patologiczny w ścianie aorty. Doszło do wylewu krwi w błonie środkowej (krwiak śródścienny). Stan zapalny i zmiany ściany naczynia wskazują, że proces ten trwał pewien czas. Bezpośrednią przyczyną zgonu było powikłanie rozwarstwienia aorty - wylew krwi do worka osierdziowego. W przypadku mężczyzny powyżej 40 roku życia z bólem w klatce piersiowej i pogorszeniem tolerancji wysiłków konieczna jest diagnostyka w kierunku choroby wieńcowej. Jest to o wiele częstsza i bardziej prawdopodobna przyczyna bólów w klatce piersiowej niż inne. Należy ją brać pod uwagę w pierwszej kolejności zależnie oczywiście od kontekstu klinicznego.

Sąd I instancji nie znalazł podstaw do kwestionowania zarówno opinii dr. n. med. I. S. i lek. med. J. P., jak i opinii biegłego lekarza U. K. pod względem ich rzetelności i fachowości. Podkreślił, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Przesłanką obiektywną winy jest bezprawność i jej wystąpienie decyduje dopiero o rozważeniu przesłanek subiektywnych, wśród których w okolicznościach sprawy decydujące jest zachowanie należytej staranności zawodowej lekarza. Pojęcie bezprawności należy rozumieć jednak szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 II 2010 r. V CSK 287/09). Wobec powyższego Sąd uznał, że lekarzom pozwanego Szpitala można byłoby postawić zarzut spowodowania śmierci Z. W. tylko wtedy, gdyby przy zachowaniu obowiązujących standardów leczenia byli oni w stanie niezwłocznie po przyjęciu Z. W. do szpitala, nie tylko rozpoznać istniejące u niego schorzenie, ale również gdyby oczywistym było, że po wykryciu tego schorzenia lekarze ci dysponowali jeszcze czasem na wdrożenie skutecznego leczenia, wystarczającego na uratowanie życia Z. W. zanim jeszcze doszło do jego zgonu.

Sąd Okręgowy nie pominął także opinii z akt sprawy karnej sporządzonych przez biegłych dr. hab. n. med. P. K. – specjalisty medycyny sądowej, dr. n. med. M. S. (1) – specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologii oraz dr. n. med. M. F. – specjalisty medycyny sądowej, jednakże opinia ta nie została uznana przez Sąd za miarodajny dowód w sprawie.

Z powyższych względów w ocenie Sądu Okręgowego brak było podstaw do postawienia lekarzom oraz personelowi pozwanego Szpitala zarzutu spowodowania śmierci Z. W.. Sąd powołał się w tym zakresie na wnioski wynikające z opinii biegłych przeprowadzone w postępowaniu oraz zeznania przesłuchanych w sprawie świadków. Wobec powyższego uznał, że brak jest związku przyczynowego zachodzącego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego pozwanego Szpitala, a śmiercią Z. W.. Na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. pominął dowody zgłoszone przez pełnomocnika strony powodowej w pismach procesowych z dnia 5.10.2015 i 23.10.2015 r., w tym o dopuszczeniu dowodu z opinii (...) w Ł., albowiem w ocenie sądu okoliczności sporne zostały dostatecznie wyjaśnione. Raz jeszcze podniósł brak podstaw do kwestionowania zarówno opinii biegłego lekarza U. K. jak i opinii dr. n. med. I. S. oraz lek. med. J. P. pod względem ich rzetelności i fachowości.

W tym stanie rzeczy na podstawie art. 415 k.c. i art. 416 k.c. Sąd I instancji oddalił powództwo, rozstrzygając o kosztach procesu z uwagi na wynik sprawy na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Orzekł o kosztach postępowania zażaleniowego stosownie do wyniku sprawy w pkt III sentencji wyroku. Natomiast o kosztach sądowych z tytułu zwrotu wydatków pokrytych z sum budżetowych rozstrzygnął stosownie do wyniku procesu na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 roku poz. 1025 ze zm.).

Apelację od powyższego wyroku, zaskarżając go w całości, wywiodły powódki, zarzucając:

1. naruszenie prawa procesowego, a mianowicie art. 233 § 1 k. p. c. polegającego na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i błędne przyjęcie, iż materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie świadczy o tym, że lekarze i personel pozwanego Szpitala nie byli w stanie niezwłocznie po przyjęciu zmarłego Z. W. do Szpitala wykryć schorzenia, na które cierpiał oraz, że nie dysponowali oni czasem na wdrożenie skutecznego leczenia po ewentualnym wykryciu schorzenia, podczas gdy żaden z lekarzy pracujących w (...) w Ł., a pełniących dyżur podczas hospitalizacji Z. W., nie zlecił wykonania odpowiednich badań pacjentowi oraz nie dołożył należytej staranności, aby dociec przyczyn dolegliwości oraz nie podjął działań, aby zapobiec ujemnym konsekwencjom rozwijającej się choroby, w związku z czym należy uznać, że lekarze naruszyli swe obowiązki, postępując niezgodnie z zasadami etyki zawodowej lekarza oraz wszelkimi standardami i procedurami sztuki lekarskiej, co miało znaczący wpływ na wynik rozstrzygnięcia wydanego przez Sąd I instancji;

2. naruszenie prawa procesowego, a mianowicie art. 233 § 1 k. p. c. polegającego na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów poprzez oparcie rozstrzygnięcia o opinie sądowe sporządzone przez biegłą sądową U. K. oraz biegłych sądowych J. P. i I. S., skutkujące przyjęciem, że lekarze i personel pozwanego Szpitala nie byli w stanie niezwłocznie po przyjęciu zmarłego Z. W. do Szpitala wykryć schorzenia, na które cierpiał oraz, że nie dysponowali oni czasem na wdrożenie skutecznego leczenia po ewentualnym wykryciu schorzenia, podczas gdy Sąd I instancji zaniechał sprawdzenia poprawności poszczególnych elementów opinii składających się na trafność wniosków końcowych zawartych w opiniach, podchodząc do nich w sposób całkowicie bezkrytyczny, nie odnosząc się w najmniejszym stopniu do uzasadnionych zarzutów powódek o ich dowolności, niepełności, braku stanowczości wyrażonych w nich wniosków, a także rażącej sprzeczności z opinią wyrażoną przez biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w osobach: dr hab. n. med. P. K. (specjalisty medycyny sądowej), dr n. med. M. S. (2) (specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologii) oraz dr n. med. M. F. (specjalisty medycyny sądowej), co miało znaczący wpływ na wynik rozstrzygnięcia wydanego przez Sąd I instancji;

3. naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 361 k.c. poprzez błędną jego wykładnię skutkującą przyjęciem, iż na gruncie niniejszej sprawy wymagane jest udowodnienie, że skutek wykonania odpowiednich badań pacjentowi (w pierwszej kolejności echokardiografii przezklatkowej) ustalone zostałyby przyczyny dolegliwości pacjenta, podczas gdy na gruncie tzw. „procesów lekarskich”, z jakim mamy do czynienia w niniejszej sprawie, wymagane jest jedynie wykazanie wysokiego prawdopodobieństwa w powyższym zakresie, a nie dowodu jak oczekuje Sąd I instancji, który z uwagi na specyfikę sprawy nie jest możliwy do przeprowadzenia, co miało znaczący wpływ na wynik rozstrzygnięcia wydanego przez Sąd I instancji;

4. naruszenie prawa procesowego, a mianowicie art. 217 § 3 k. p. c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 290 k.p.c. polegające oddaleniu wniosków dowodowych zgłoszonych przez pełnomocnika strony powodowej w pismach procesowych z dnia 05.10.2015 r. i 23.10.2015 r. w przedmiocie dopuszczenia dowodu z opinii(...)w L. jako biegłego z uwagi na to, że okoliczności mające być przedmiotem dowodu zostały w dostateczny sposób wyjaśnione, podczas gdy opinie biegłych sporządzone w niniejszej sprawie były niepełne (biegłi nie wypowiedzieli się m.in. na pytania z zakresu patomorfologii i radiologii jako pozostające poza ich specjalizacją), pozostające w wewnętrznej sprzeczności z własnymi ustaleniami biegłych oraz z opinią wydaną przez biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...), na którą powołują się w przedmiotowej opinii biegli w niniejszej sprawie, a także dowolne i wybiórcze w zakresie wykorzystanego przez biegłych materiału dowodowego, natomiast biegły w postaci doświadczonego instytutu, posiadający wystarczające zaplecze naukowe i praktykę w zakresie merytorycznym dotyczącym istoty niniejszej sprawy pozwoliłby na usunięcie niejednoznaczności opinii i poczynienie stanowczych ustaleń, co miało znaczący wpływ na wynik rozstrzygnięcia wydanego przez Sąd I instancji.

Podnosząc powyższe zarzuty, na podstawie art. 368 § 1 pkt 5 k.p.c., wniosły o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie, w przypadku braku podstaw do wydania orzeczenia reformatoryjnego, o uchylenie wyroku w zaskarżonym zakresie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

***Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:***

***Apelacja jako niezasadna podlegała oddaleniu.***

Na wstępie należy wskazać, że wobec tego, że na etapie postępowania apelacyjnego okazało się, że proces karny, dotyczący tego samego zdarzenia, zmierza do zakończenia, postanowieniem z dnia 10 marca 2017 r. zawieszono postępowanie apelacyjne na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. Było to uzasadnione także tym, że w postępowaniu karnym dopuszczono i przeprowadzono dowody z opinii biegłych na okoliczności wskazywane w apelacji jako wymagające dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii w niniejszej sprawie. Zważywszy zaś na trudności ze znalezieniem odpowiednich biegłych (instytutu) oraz względy ekonomii procesowej, zasadne było nie dublowanie postępowania w tym zakresie. Prawomocnym wyrokiem z dnia 13 października 2017 r. Sąd Rejonowy w Łomży uniewinnił M. K. i R. K. od popełnienia przestępstw z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 1 k.k. (II K 451/14), wobec czego postępowanie w niniejszej sprawie podjęto.

Sąd Apelacyjny w całości podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy oraz dokonaną na ich podstawie ocenę prawną. Nastąpiły one po wszechstronnym rozważeniu zebranego w sprawie obszernego materiału dowodowego i odnoszą się do wszystkich istotnych aspektów sprawy zgodnie ze wskazaniem wynikającymi z art. 233 § 1 k.p.c. Ustalenia faktyczne i rozważania prawne, stanowiące podstawę rozstrzygnięcia niniejszej sprawy przez Sąd I instancji, Sąd Apelacyjny przyjmuje jako podstawę własnego rozstrzygnięcia. Nie można się zgodzić ze skarżącymi, że doszło do naruszenia przepisów prawa procesowego mogącego mieć wpływ na treść wyroku, jak i prawa materialnego jak wskazano.

Odnosząc się na wstępie do obszernie sformułowanych w apelacji zarzutów przekroczenia w skarżonym orzeczeniu granic swobodnej oceny dowodów podkreślić należy, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (tak m. in. wyrok SN z dnia 27 września 2002 r., II KKN 817/00, Lex nr 56906).

Sąd Apelacyjny dokonał ponownej analizy zebranego materiału dowodowego i uzupełnił go o dodatkowe dowody z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy II K 451/14 Sądu Rejonowego w Łomży w postaci: opinii (...) opinii uzupełniających i ustnych opinii tych biegłych, ponadto z opinii Zespołu ds. opiniowania (...) S. W. i wydanych do nich pisemnych opinii uzupełniającej i ustnych opinii uzupełniających składanych podczas wideokonferencji, pisemnej uzupełniającej opinii (...) S. W., a także opinii prof. P. P. (1) i prof. L. P. (1) ze (...) na okoliczność oceny postępowania pozwanego w czasie leczenia Z. W.. Dowody powyższe należy uznać za przydatne do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Wprawdzie na gruncie prawa karnego wina jest definiowana odmiennie od winy z art. 415 k.c. i sprawa karna dotyczyła postępowania konkretnych lekarzy, to jednak treść wskazanych wyżej dokumentów jednoznacznie wskazuje, że przedmiotem powyższych opinii w postępowaniu karnym była ocena całokształtu czynności diagnostycznych i leczniczych podjętych wobec Z. W. przez personel pozwanego podczas całego pobytu pacjenta w pozwanym Szpitalu. Niewątpliwie zatem dokumenty powyższe są przydatne w procesie cywilnym jako mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.).

Bezsporne w sprawie jest, że śmierć Z. W., która nastąpiła w dniu 11 października 2010 r., była skutkiem tamponady serca (krwotoku do worka osierdziowego) spowodowanej rozwarstwieniem aorty.

Podzielając rozważania prawne dokonane przez Sąd Okręgowy wskazać należy, że specyfika dowodzenia przyczynowości szkody w tzw. procesach lekarskich nakazuje oceniać kwestię zawinonego (bezprawnego) zachowania personelu szpitalnego w połączeniu z obiektywnym przebiegiem procesu chorobowego.

Konieczne jest przynajmniej przybliżone określenie charakteru bezprawnego zachowania anonimowego członka personelu medycznego jako wysoce prawdopodobnej przyczyny szkody. Nasilenie owego prawdopodobieństwa nie może więc być mierne, czy nawet średnie, ale powinno oscylować wokół prawdopodobieństwa znacznego, bo tylko takie może być uznane za prawnie istotne.

Zindywidualizowany katalog potencjalnych zaniedbań pracowników pozwanego nie został w niniejszej sprawie nakreślony szeroko. Powódki wskazywały przede wszystkim na błędną diagnostykę podczas przyjęcia pacjenta do szpitala i nie wdrożenie odpowiedniego leczenia.

W tym miejscu zgodzić się trzeba z poglądem, wedle którego, jeżeli zebrany materiał dowodowy nie wykazał, że przyczyną zgonu było jakieś bliżej zindywidualizowane zaniedbanie personelu medycznego, mogły bowiem pojawić się także inne przyczyny takiego zagrożenia, tj. nagły zgon spowodowany nagłym powikłaniem rozwarstwienia błony środkowej aorty, to nie można zakładać, że zgon pacjenta w szpitalu w trakcie leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie leczenia (tak m. in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14, Legalis nr 1433120).

Biegli opiniujący w sprawie, na których opiniach oparły się ostatecznie Sądy obu instancji, rzetelnie i dokładnie przeanalizowali w kolejnych edycjach swojej ekspertyzy katalog i znaczenie poszczególnych czynników, które mogły spowodować zgon Z. W..

W opinii biegłych dr. n. med. I. S. oraz lek. med. J. P., szczegółowo opisano chorobę (a także jej przebieg i skutki), którą zdiagnozowano u Z. W.. Wnioski z niej płynące wskazują na to, że przypadek Z. W. był trudny diagnostycznie. Objawy, z którymi zgłosił się do szpitala i obraz kliniczny nie był jednoznaczny i nie wymagał szczegółowej diagnostyki w trybie pilnym, zwłaszcza że stan pacjenta podczas hospitalizacji nie nasuwał niepokojących objawów. Racjonalnie wydają się w tym zakresie wnioski płynące z opinii, że pozostałe badania, które należało wykonać u pacjenta mogły być zaplanowane w terminie późniejszym. Tych nie udało się przeprowadzić, bowiem pacjent krótko, po tym jak trafił do szpitala, zmarł. Czynności lecznicze, które podjęto do tego czasu były prawidłowe. Poza tym nie ma pewności co do tego, że ich wykonanie tych pozostałych badań i następnie wdrożenie leczenia poprawiłoby stan zdrowia pacjenta i zapobiegło jego zgonowi. Tożsame refleksje płyną z opinii biegłego lekarza z zakresu kardiologii U. K..



Pozyskany na etapie postępowania apelacyjnego dodatkowy materiał dowodowy w postaci dokumentów z postępowania karnego jedynie potwierdza prawidłowość przytoczonych wniosków biegłych i zasadność poczynionych na ich podstawie ustaleń przez Sąd Okręgowy.

Wskazać należy, że biegli z Instytutu (...) w W. pod kierownictwem prof. M. K. i prof. A. W. w swoich opiniach jednoznacznie stwierdzali, że postępowanie w trakcie hospitalizacji w pozwanej placówce w stosunku do Z. W. było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i dobrej praktyki lekarskiej, jak też, iż wdrożono w stosunku do niego prawidłowy proces diagnostyczny. Biegli stwierdzili, że zespół objawów deklarowanych przez tego pacjenta mógł wskazywać na wiele schorzeń, ale diagnostyka różnicowa, mająca na względzie wiek pacjenta i charakter dolegliwości, powinna zmierzać do wykluczenia w pierwszym rzędzie choroby wieńcowej, jako przyczynę najczęstszą i taka była w tym przypadku prowadzona. W takich przypadkach jak u Z. W. i przy deklarowanych przez niego objawach wykluczenie tętniaka aorty jest ostatnim z możliwych etapów diagnostyki, tak więc prowadzona w pozwanej jednostce diagnostyka na tym etapie była właściwie ukierunkowana. Wskazali, że wypadek objęty niniejszym postępowaniem stanowi o tym, że pomimo zachowania wszelkiej staranności i stosowania się do standardów może dojść do nagłego zgonu pacjenta.

Także biegli z zespołu w składzie prof. dr hab. L. P. i prof. dr P. P. ze (...) jednoznacznie stwierdzili, iż w ich ocenie wdrożona wobec Z. W. diagnoza w postaci choroby wieńcowej biorąc pod uwagę jego wiek była prawidłowa. Tak samo została przez biegłych oceniona przeprowadzona wstępna diagnostyka. Biegli uznali, że nie było konieczności wykonywania szczegółowej diagnostyki w trybie pilnym, deklarowane przez pacjenta objawy wskazywały na możliwość prowadzenia jej w trybie planowanym. Próba wysiłkowa przeprowadzona u pacjenta była prawidłowa, wykonana zgodnie z zaleceniami (...)i nie można z nią wiązać nagłego zgonu pacjenta.

Sąd Apelacyjny przychylił się w tych warunkach do wniosków biegłych opiniujących w niniejszej sprawie oraz opiniujących w sprawie karnej, dostrzegając ich fachowość, posiadany przez nich autorytet w środowisku lekarskim, uzupełniające się kompetencje poszczególnych ekspertów, logikę i stanowczość prezentowanego w opinii stanowiska oraz jego należyte powiązanie, korelację z treścią pozostałego materiału dowodowego. Niezależni od siebie opiniujący, praktykujący w różnych ośrodkach medycznych, co do zasady byli zgodni w kluczowych dla sprawy wnioskach. Powódki, kwestionując te opinie w zastrzeżeniach do nich, nie przedstawiły argumentów osłabiających ich wymowę.

Zachowuje aktualność już od lat wyrażane w orzecznictwie przekonanie, że opinia biegłego podlega ocenie na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania i stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków.

Prawidłowo Sąd Okręgowy nie oparł swoich ustaleń na wnioskach płynących z opinii biegłych z (...) w W., których – w obliczu pozostałego zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego - za wiarygodne nie uznał także Sąd Apelacyjny. Biegli ci, jako jedyni opiniujący w sprawie śmierci męża i ojca powódek, poddawali w wątpliwość prawidłowość przeprowadzonej w stosunku do Z. W. diagnostyki. Jednakże z drugiej strony stali na stanowisku, że przeprowadzenie rekomendowanych przez nich badań nie gwarantowałyby ani postawienia rozpoznania, ani skutecznego leczenia tego pacjenta. Wniosek taki pozostaje więc w sprzeczności z przywołaną tezą, że nie przeprowadzenie tych badań należałoby kwalifikować jako zaniedbanie personelu medycznego. Okoliczność, że jest to jedyny dowód nie korelujący z pozostałymi zgromadzonymi w sprawie licznymi opiniami biegłych specjalistów z różnych ośrodków medycznych, że sposób motywowania oraz logiczność i stanowczość wniosków budzi wątpliwości powoduje, że nie można uznać opinii biegłych z (...) w W. za przekonujący i miarodajny dowód w sprawie.

Powyższej opinii nie obdarzono walorem wiarygodności także w toku prowadzonego postępowania karnego przed Sądem Rejonowym w Łomży (II K 451/14), gdzie wyrokiem z dnia 13 października 2017 r. uniewinniono M. K. oraz R. K. (lekarzy zajmujących się Z. W.) od zarzuconych im czynów niewdrożenia właściwych procedur medycznych mających na celu ratowania życia pacjenta, niezachowania należytej ostrożności i staranności lekarskiej i narażenia tym samym Z. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (tj. przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 1 k.k.).

Z tych więc przyczyn brak było podstaw by uznać, że pomiędzy zgonem męża i ojca powódek, a działaniem pracowników pozwanego szpitala polegającym na przeprowadzeniu diagnostyki i leczenia zachodził adekwatny związek przyczynowy umożliwiający pociągnięcie pozwanego do odpowiedzialności cywilnej (art. 361 § 1 k.c.). Taki poprawny wniosek wyprowadził również Sąd pierwszej instancji wskazując, że powódki nie zdołały wykazać, że zgon pacjenta nastąpił w sposób wadliwie przeprowadzonej diagnostyki czy leczenia. Raz jeszcze podkreślić należy, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym zwłaszcza opinie biegłych szczegółowo odnosiły się i dały możliwość oglądu całego procesu leczenia Z. W. i działania całego personelu medycznego.

Mając na uwadze powyższe, ocenić należy jako niezasadny także zarzut naruszenia art. 217 § 3, 278 i 290 k.p.c. sformułowany w kontekście oddalenia wniosku powódek o dopuszczenie dowodu z opinii (...) w L. na okoliczności wcześniej już opiniowane. W tym miejscu należy przypomnieć, że w świetle art. 286 k.p.c. sąd może zażądać dodatkowej opinii od innych biegłych jedynie w razie potrzeby. Potrzeba powołania kolejnego dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z dotychczasowej opinii. W przeciwnym bowiem razie sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie zostałaby złożona opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, LEX nr 53135). Potrzeba zażądania dodatkowej opinii od innego biegłego zachodzi wówczas, gdy dotychczasowa opinia zawiera istotne braki, nie wyjaśnia istotnych okoliczności, co nie miało miejsca w przypadku zgromadzonych w niniejszej sprawie opinii biegłych. O dopuszczeniu kolejnego dowodu z opinii innego biegłego winny decydować konkretne uwagi i argumenty strony podważające miarodajność dotychczasowych opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość. W przeciwnym wypadku wniosek o powołanie kolejnego dowodu z opinii innego biegłego musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu. Skoro okoliczności niniejszej sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione, również po uzupełnieniu materiału dowodowego w ramach postępowania odwoławczego o wskazane wyżej dokumenty, a sprzeczności w materiale dowodowym usunięte w drodze uzupełnienia materiału dowodowego i eliminacji dowodów uznanych za niemiarodajne, to postulowana przez powódki kontynuacja postępowania dowodowego prowadziłaby jedynie do nieuzasadnionego odwleczenia momentu wydania prawomocnego wyroku.

W tych warunkach apelacja powódek podlegała oddaleniu, o czym orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach procesu za instancję odwoławczą Sąd Apelacyjny rozstrzygnął zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu na mocy art. 98 § 1 i 3 k.p.c., przy uwzględnieniu § 2 pkt 6 i 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.), nie dostrzegł przy tym wystarczających przesłanek do zastosowania art. 102 k.p.c.

(...)