

Sygn. akt: I Ns 35/17

POSTANOWIENIE

Dnia 27 marca 2018 r.

Sąd Rejonowy w Zawierciu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Wolak

Protokolant: sekretarz sądowy Monika Miśkiewicz

po rozpoznaniu w dniu 16 marca 2018 r. w Zawierciu na rozprawie

sprawy z wniosku W. S.

z udziałem M. G. (1), Z. G., Z. S., G. W., D. M., A. S., K. S., Z. B., A. W. (1), T. Z.

o stwierdzenie nabycia praw do spadku po J. G.

1.stwierdza, że spadek po J. G. z d. G. c.M. i R., zmarłej dnia 23 grudnia 2010r. w S., ostatnio stale zamieszkałej w C., na podstawie testamentu ustnego z dnia 9 grudnia 2010r., sporządzonego w S., którego treść została stwierdzona poprzez zeznania świadków złożone przed Sądem Rejonowym w Zawierciu w sprawie sygn. akt I Ns 653/11 nabył wprost W. S. s.K. i J. w całości,

2.nakazuje pobrać od wnioskodawcy W. S. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Zawierciu kwotę 720,64 (siedemset dwadzieścia 64/100) złotych tytułem nieuiszczonej części kosztów sądowych,

3.pozostałe koszty postępowania znosi wzajemnie pomiędzy wnioskodawcą a uczestnikami postępowania.

Odpis postanowienia prawomocnego w dniu 24.10.2018 r.

wydano Z. G.

za pobraniem 6,00 złotych tytułem

opłat sądowych

Z., dnia 26.02.2019 r.

Do Starostwa Powiatowego w Z.

Sąd Rejonowy w Zawierciu Wydział I Cywilny

w załączeniu przesyła odpis prawomocnego z dniem

24.10.2018r postanowienia do dalszego

załatwienia, nadmieniając, że spadkobierca

M. G. (1) zam42-450 C., ul. (...)

Przedmiotem spadku są nieruchomości w C. i W.

Sędzia

Sygn. akt I Ns 35/17

UZASADNIENIE

Wnioskodawca W. S. wniósł o stwierdzenie, iż spadek po J. G. zmarłej w dniu 23 grudnia 2010r. w S., ostatnio zamieszkałej w C. przy ul. (...), nabył w całości W. S. na podstawie testamentu ustnego, który został wygłoszony przez spadkodawczynię przy świadkach, a ich zeznania zostały spisane w sprawie sygn. akt I Ns 653/11 Sądu Rejonowego w Zawierciu. Jako uczestników postępowania wnioskodawca wskazał we wniosku spadkobierców należących do ustawowego kręgu dziedziczenia: A. W. (2), Z. B., T. Z., A. S., D. M., M. G. (1), W. W. (1), H. G..

W uzasadnieniu wniosku wnioskodawca wskazał, że spadkodawczyni nie zawarła związku małżeńskiego oraz nie posiadała dzieci. Chwili otwarcia spadku nie dożyli również matka spadkodawczyni R. G., jej ojciec M. G. (1), ani jedyna siostra spadkodawczyni L. G.. Jedynymi ustawowymi spadkobiercami J. G. są zstępni rodzeństwa ojca spadkodawczyni M. G. (1) oraz siostra jej matki A. W. (2) i córka siostry matki spadkodawczyni Z. B.. Zmarła pozostawiła testament ustny, sporządzony w dniu 9.12.2010r. w S., którego treść została potwierdzona przez świadków w sprawie sygn. akt I Ns 653/11 przed Sądem Rejonowym w Zawierciu, w którym do całości spadku powołała wnioskodawcę W. S.. Spadkodawczyni cierpiała na reumatoidalne zapalenie stawów. W wyniku tej choroby nie miała możliwości pisania. Testament ogłosiła w chwili, gdy jej stan zdrowia uległ kategorycznemu pogorszeniu. W ciągu doby od wygłoszenia testamentu spadkodawczyni straciła przytomność, a po kilkunastu dniach zmarła. W skład spadku nie wchodzi gospodarstwo rolne. Spadkobierca nie składał do chwili złożenia wniosku oświadczenia o przyjęciu spadku lub jego odrzuceniu. Spadkobiercy ustawowi nie zrzekli się dziedziczenia.

W oparciu o powołane we wniosku akta sprawy sygn. I Ns 653/11 Sąd ustalił ponadto, iż do grona ustawowych spadkobierców należy również Z. S., wobec czego na podstawie art. 510 kpc postanowieniem z dnia 26 lutego 2013r. został on wezwany do udziału w sprawie w charakterze uczestnika postępowania (k.13 akt).

W pisemnej odpowiedzi na wniosek uczestnik Z. S. wniósł o stwierdzenie nabycia spadku po zmarłej w dniu 23 grudnia 2010r. J. G. przez spadkobierców ustawowych, a także uznanie W. S. za niegodnego dziedziczenia i powołanie dowodu z opinii biegłego lekarza dla oceny czy w dacie sporządzenia rzekomego testamentu ustnego zachodziła obawa rychłej śmierci spadkodawczyni oraz czy spadkodawczyni była w stanie sporządzić testament własnoręczny o treści „Chcę, aby wszystko, co mam dostał W.”. (k.15-16 akt) Odpowiedź na wniosek zawierała także dalsze wnioski dowodowe. Uczestnik kwestionował, aby J. G. sporządziła testament ustny, albo był to testament ważny, na mocy którego wnioskodawca byłby spadkobiercą zmarłej w dobrej wierze. Według uczestnika świadkowie testamentu ustnego nie złożyli zgodnych zeznań w tym zakresie przed sądem. Zmarła miała powołać do spadku osobę W., nie wskazała natomiast, o kogo chodzi. Podanie samego imienia jest niewystarczające dla uznania testamentu za ważny i skuteczny. Nadto jest wysoce wątpliwe, aby zmarła w ogóle dokonała rozrządzenia w sposób wskazany przez świadków, gdyż ich zeznania różnią się istotnie dla sprawy sposobem. Według uczestnika J. G. została przyjęta do szpitala na zaplanowaną hospitalizację. Jej choroba nie była tego rodzaju, że przyjęcie do szpitala mogłoby się łączyć z obawą rychłej śmierci. Zmarła chorowała reumatologicznie przez wiele lat. Choroba, w związku z którą została przyjęta do szpitala nie była przyczyną jej śmierci. Zmarła do ostatniej chwili miała możliwość sporządzenia testamentu w formie zwykłej. Szczególnie, że według świadków jej ostatnia wola zawierała się w jednej linijce tekstu. Gdyby zmarła rzeczywiście chciała sporządzić testament, to spisałaby go własnoręcznie. Wbrew temu, co twierdzili świadkowie, mogła pisać, gdyż wcześniej sporządzała choćby kartki świąteczne dla rodziny. Nadto podpisywała się na dokumentach. Szczególne zastrzeżenia budzi fakt, że lekarz prowadzący, zgodnie ze złożonymi zeznaniami, nie odnotowała nigdzie faktu sporządzenia testamentu, pomimo obowiązku utrwalania wszelkich istotnych zdarzeń mających miejsce na terenie szpitala. Świadkowie testamentu B. i A. T. bezpośrednio po śmierci zaprzeczyli wobec rodziny, że zmarła pozostawiła testament, albo że w sprawie testamentu cokolwiek wiedzieli. Natomiast w trakcie czynności przesłuchania w charakterze świadków testamentu ustnego oświadczyli, że od początku traktowali oświadczenie nazwane przez zmarłą jako jej ostatnia wola, jako testament. Ich zachowanie jest niewytłumaczalne. Do ostatnich chwil przed posiedzeniem

sądowym odmawiali rodzinie wskazania osoby rzekomego spadkobiercy. Nadto W. S. wraz ze swoim bratem i w porozumieniu z p.Z. B. bezpośrednio po śmierci zagarnęli cały majątek zmarłej. Do domu w C. przy ul. (...), wchodzącego w skład spadku po J. G., wprowadził się J. S. (1) nie dysponując do tego żadnym upoważnieniem. Było to na długo przed ujawnieniem treści testamentu ustnego. Pieniądze, biżuteria, kosztowności zaginęły w czasie rzekomego włamania do domu. Okoliczności tego zdarzenia są wyjątkowo niejasne. Postępowanie wnioskodawcy, jego brata i Z. B. spotkało się wśród całej rodziny z powszechną krytyką i przekonaniem, że usiłuje się zagarnąć majątek zmarłej w sposób wyjątkowo podejrzany. Dlatego w świetle art. 928 § 1 pkt.3 kc, a to świadomego powoływania się na niesporządzony przez zmarłą testament, wnioskodawca winien zostać uznany za niegodnego dziedziczenia.

Uczestnik Z. B. przychyliła się do wniosku, potwierdzała okoliczności wskazane we wniosku. Natomiast spadkobiercy ze strony ojca spadkodawczyni kwestionowali fakt sporządzenia testamentu ustnego przez J. G. i okoliczności wskazywane przez wnioskodawcę oraz popierali stanowisko wyrażone przez uczestnika Z. S. i jego pełnomocnika. (k.42-44 akt)

Sąd Rejonowy ustalił i zważył co następuje :

Zapewnienie spadkowe na podstawie art.671 kpc odebrano od wnioskodawcy W. S. i uczestniczki T. Z., ponieważ wnioskodawca nie posiadał pełnej wiedzy na temat kręgu ustawowych spadkobierców J. G. od strony ojca spadkodawczyni, która była dla niego ciotką. (k.44-45 akt). Na podstawie zapewnień spadkowych oraz odpisów aktów stanu cywilnego ustalono, że spadkodawczyni J. G. zmarła w dniu 23 grudnia 2010r. w S. w Wojewódzkim Szpitalu (...), ostatnio na stałe zamieszkiwała w C.. Była panną. Nie miała żadnych dzieci własnych, ani przysposobionych. Jej rodzice M. i R. G. zmarli przed nią – M. G. (1) w dniu 14 października 1994r., a R. G. w dniu 23 czerwca 2010r., czyli pół roku wcześniej. Jedyna siostra L. G. zmarła w 1972r., miała 20 lat, nie miała dzieci. Do kręgu ustawowych spadkobierców J. G. należeli zatem zstępni rodzeństwa jej ojca oraz siostra matki A. W. (2) i jedyna córka drugiej siostry matki spadkodawczyni J. S. (2), zmarłej w dniu 8.05.2011r. – Z. B.. Ojciec spadkodawczyni M. G. (1) miał 3 braci: F. S., który zmarł w dniu 29.05.1980r., S. G., zmarłego w dniu 25.10.2007r. i T. G., zmarłego w dniu 7.03.1999r. F. S. pozostawił troje dzieci: T. Z., A. S. i Z. S.. S. G. pozostawił żonę H. G., córkę D. M. i syna M. G. (1). T. G. pozostawił syna Z. G. i córkę W. W. (1). Wnioskodawca W. S. jest wnuczką A. W. (2). Poza ustnym testamentem, na który powołuje się wnioskodawca, J. G. nie sporządziła innych testamentów. Nikt nie zawierał ze spadkodawczynią umowy zrzeczenia się dziedziczenia, nie składał też oświadczeń o przyjęciu, bądź odrzuceniu spadku. (k.44-45 akt, odpisy aktów stanu cywilnego- k.5-12, 555, 560-573 akt)

W toku postępowania zmarła w dniu 20.12.2014r. A. W. (2) (k.306 – odpis aktu zgonu), a jej spadkobiercami są córki A. W. (1) i K. S., bowiem syn R. W. zmarł w dniu 19.05.2016r., a jego spadkobierczyniami są siostry A. W. (1) i K. S.. (protokół przyjęcia oświadczeń o przyjęciu spadku w formie aktu notarialnego z dnia 28.03.2015r. w aktach sygn. I Ns 437/15 tut. Sądu, k.456 – odpis aktu zgonu R. W., k.462-463 – odpis aktu poświadczenia dziedziczenia spadku po R. W.). Ponadto w dniu 15.06.2015r. zmarła uczestniczka W. W. (1), której spadkobiercą zgodnie z postanowieniem Sądu Rejonowego w Myszkowie z dnia 2.11.2015r. sygn. akt I Ns 1214/15 jest uczestnik G. W.. (k.371-372 akt) W dniu 15.09.2016r. zmarła także H. G., pozostawiając jako spadkobierców uczestników D. M. i M. G. (1). (k.470 – odpis aktu zgonu)

Zgodnie z treścią art. 952 § 1i 2 kc jeżeli istnieje obawa rychłej śmierci spadkodawcy albo jeżeli wskutek szczególnych okoliczności zachowanie zwykłej formy testamentu jest niemożliwe lub bardzo utrudnione, spadkodawca może oświadczyć ostatnią wolę ustnie przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech świadków. Treść testamentu może być stwierdzona w ten sposób, że jeden ze świadków albo osoba trzecia spíše oświadczenie spadkodawcy przed upływem roku od jego złożenia, z podaniem miejsca i daty oświadczenia oraz miejsca i daty sporządzenia pisma, a pismo to podpiszą spadkodawca i dwaj świadkowie albo wszyscy świadkowie. Jednakże § 3 art.952 kc przewiduje, że w wypadku, gdy treść testamentu ustnego nie została w powyższy sposób stwierdzona, można ją w ciągu sześciu miesięcy od dnia otwarcia spadku stwierdzić przez zgodne zeznania świadków złożone przed sądem.

W sposób przewidziany w art. 952 § 3 kc treść testamentu ustnego J. G. została stwierdzona już po jej śmierci przez świadków testamentu ustanego B. T. (1), A. T. i M. S.. Świadkowie złożyli zeznania co do treści testamentu i okoliczności jego sporządzenia przed Sądem Rejonowym w Zawierciu jako sądem spadku w sprawie sygn. akt I Ns 653/11. Uczestnikami tego postępowania byli wszyscy spadkobiercy należący do ustawowego kręgu dziedziczenia, a sprawę wszczęto na wniosek Z. B.. (k.46-50 akt sygn. I Ns 653/11 tut. Sądu)

Świadkowie B. i A. T. to wieloletni przyjaciele spadkodawczyni J. G. – znali się od ok. 35 lat, natomiast M. S., to jej lekarz prowadzący przez ostatnie 3-4 lata za Szpitala (...) w S.. Po stronie świadków testamentu nie stwierdzono żadnej z okoliczności określonych w przepisach art. 956 kc i art.957 kc, w których wskazano kto nie może być świadkiem testamentu.

Świadkowie ci w ocenie Sądu złożyli całkowicie zgodne i spójne zeznania dotyczące zarówno wyrażonej ustnie przez J. G. ostatniej woli, jak i okoliczności, w jakich doszło do wyrażenia przez nią testamentu. W dniu 9 grudnia 2010r. J. G. została przewieziona transportem medycznym ze swojego domu w C. do Wojewódzkiego Szpitala (...). B. w S. na Oddział Reumatologiczny. J. G. była osłabiona, leżała, nie była w stanie usiąść, dlatego została przetransportowana do szpitala, a następnie pod opieką sanitariusza i pielęgniarki zawieszona windą na 9 piętro, na którym mieści się Oddział Reumatologiczny. Już w sali szpitalnej B. T. (1) wraz z K. S. pomogły przebrać się J. G., po czym w celu przeprowadzenia badania lekarskiego przysłała M. S.. W czasie przebiegania spadkodawczyni A. T. pozostał na korytarzu, a gdy przysłała pani doktor także K. S. i B. T. (1) opuściły salę, przy czym B. T. z mężem pozostali na korytarzu, a K. S. zjechała na dół, żeby kupić artykuły spożywcze dla J. G.. Po chwili na prośbę J. G. świadek M. S. poprosiła pozostałych świadków, żeby weszli do sali. J. G. przekazała im wówczas swoją wolę mówiąc, że gdyby umarła, to chce, aby wszystko po niej dostał W.. Małżonkowie T. wiedzieli, że chodzi tu o W. S.. Natomiast M. S. zapytała kim jest W. i spadkodawczyni wyjaśniła, że jest jej chrześniakiem. Spadkodawczyni nie tłumaczyła świadkom dlaczego podjęła taką decyzję. Nie wskazywała też o jaki majątek chodzi. J. G. zmarła w czasie tego pobytu szpitalnego w dniu 23.12.2010r., a więc po 14 dniach. Małżonkowie T. nie mieli już możliwości spotkać się ze spadkodawczynią, gdyż następnego dnia jej stan znacznie się pogorszył, została przeniesiona na Oddział Intensywnej Terapii i tam zmarła z powodu sepsy. W dniu przyjęcia, co zeznała B. T. (1), była bardzo słaba i nie mogła pisać. Małżonkowie T. o wyrażeniu ostatniej woli przez J. G. powiadomili jeszcze w szpitalu (...), jako członka jej rodziny – kuzynkę.

Świadek M. S. w swoich zeznaniach uzupełniła, że w czasie badania pacjentki w sali nie było nikogo. Zasadą jest, że badanie takie odbywa się pod nieobecność innych pacjentów, czy osób odwiedzających. Co w ocenie Sądu niezwykle istotne M. S. w czasie tego badania powiedziała pacjentce, że stan jej zdrowia jest bardzo ciężki, że muszą szybko interweniować. J. G. była świadomą pacjentką i wiedziała, że zmiany ropne na stopach, które u niej wystąpiły w związku z zapaleniem modzeli stóp, świadczą o tym, że może dojść do zakażenia organizmu. Świadek sama jej o tym mówiła, żeby ją zmobilizować do leczenia. Znamiennym jest zatem, że po takiej informacji J. G. poprosiła swojego lekarza, aby zawołała do sali jej przyjaciół małż. T. i w obecności tych trzech osób wyraziła jednoznacznie swoją wolę na wypadek śmierci.

Już w trakcie pierwszego przesłuchania świadek M. S. zwróciła uwagę na fakt, że choć J. G. z powodu przewlekłej choroby, na jaką cierpiała, czyli reumatoidalnego zapalenia stawów, była już wielokrotnie hospitalizowana, to ten ostatni pobyt szpitalny miał szczególny przebieg, a stan zdrowia pacjentki był znacznie gorszy niż w czasie wcześniejszych jej pobytów szpitalnych. Zwykle przyjeżdżała na leczenie i rehabilitację raz na 2-3 miesiące, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu. W ostatnim roku leczenia wystąpiły powikłania w związku z leczeniem zapalenia modzeli stóp. Krewną J. G. jest uczestniczka Z. B., koleżanka M. S., pracująca w tym samym szpitalu na Oddziale Laryngologii. To ona poprosiła o wcześniejszą hospitalizację spadkodawczyni ze względu na pogorszenie stanu jej zdrowia. Wiedząc o powikłaniach świadek ustaliła z panią ordynator wcześniejszy termin przyjęcia J. G. do szpitala, niż był zaplanowany. W czasie przeprowadzonego badania M. S. stwierdziła, że stan jest dość poważny, pacjentka była osłabiona, miała trudności z samodzielnym poruszaniem się, była spowolniona, tak jak po kilkudniowej gorączce. Widać było, że proces zapalny się rozwijał. Tego dnia stan pacjentki był stabilny, ale następnego dnia od rana stan zdrowia pacjentki pogorszył się znacznie i cały dzień walczyli o jej zdrowie i życie. O godzinie 18.00 przekazali p.J.

na Oddział Intensywnej Terapii, w którym ostatecznie po kilkunastu dniach zmarła. Według relacji świadka w dniu 9.12.2010r. J. G. była w pełni świadoma, mówiła logicznie, pozostawała w logicznym kontakcie. Taka sytuacja trwała do południa 10.12.2010r. Wykonano jeszcze badanie TK, gdy była przytomna. Natomiast po godz.15.00 doszło do reanimacji i przeniesienia na (...). Świadek M. G. (2) towarzyszyła pacjentce i tym się zajmowała. Odnośnie choroby stawów, na jaką cierpiała spadkodawczyni świadek stwierdziła, że od lat miała najwyższy stopień zniszczenia stawów jeśli chodzi o ręce i stopy. J. G. od wielu lat miała niesprawne dłonie. Dla takich pacjentów wyzwaniem jest podpisanie się. Z medycznego punktu widzenia świadek stwierdziła, że napisanie przez spadkodawczynię kilku zdań trwało by bardzo długo. Wobec pytań zadawanych przez pełnomocnika uczestnika Z. S. świadek M. S. wyjaśniła, że ta sytuacja ją zaskoczyła, po raz pierwszy była świadkiem ustnego testamentu, dlatego nie myślała o spisaniu jego treści. Zajęła się pacjentką. Natomiast nie miała wątpliwości, że J. G. w ten sposób wyraziła swoją ostatnią wolę i że był to jej testament. Pozostali świadkowie również nie mieli co do tego wątpliwości, gdyż J. G. użyła słów „moja ostatnia wola”.

Świadcowie testamentu zostali ponownie przesłuchani w ramach postępowania o stwierdzenie nabycia spadku po J. G. dla ustalenia okoliczności towarzyszących wyrażeniu ustnej woli testamentowej przez spadkodawczynię. W swoich zeznaniach świadkowie M. S., B. T. (1) i A. T. potwierdzili i podtrzymali w całości zeznania złożone w ramach postępowania w sprawie sygn. akt I Ns 653/11, szerzej przedstawiając okoliczności w jakich w dniu 9.12.2010r. trafiła do szpitala. (k.220-227 akt) Z zeznań tych świadków, a przede wszystkim M. S. wynika jednoznacznie, że J. G. w 2010r. przebywała w szpitalu w S. na zaplanowanym leczeniu w lecie 2010r. Następny pobyt planowany był na koniec 2010r. - początek 2011r. W 2010r. wystąpiły powikłania w postaci zapalenia modzelei stóp i z tego powodu była leczona przez chirurga w poradni chirurgicznej w miejscu zamieszkania. W dniu 9.12.2010r. została przyjęta w trybie pilnym na prośbę kuzynki Z. B. z uwagi na znaczne pogorszenie stanu zdrowia – J. G. zasłabła w domu, gorączkowała, był u niej lekarz. W ostatnich dniach nie była w stanie wstać z łóżka, ani sama się ubrać. Kilka dni wcześniej przewróciła się w domu, nie mogła wstać i wezwała na pomoc B. T. (1), która mieszkała w pobliżu i miała klucze do jej domu. Dlatego też małż. T. rano w dniu 9.12.2010r. przyszedli do jej domu, gdzie spotkali się z K. S. i jej mężem, żeby pomóc ubrać się spadkodawczyni i przygotować ją do transportu i pobytu szpitalnego. Mogła być przyjęta do szpitala już dzień wcześniej, ale była tak osłabiona, że potrzebny był transport medyczny w pozycji leżącej. Nie można jej było w tym stanie zawieźć do szpitala samochodem osobowym. M. S. mając obraz porównawczy z poprzednich wizyt w poradni i pobytów szpitalnych stwierdziła, że tym razem pacjentka była w dużo gorszym stanie, gorączkowała, miała uogólnione bóle stawów, ale była przytomna, choć bardziej spowolniona. W Oddziale Reumatologii była niecałe 2 dni, po czym sytuacja dynamicznie się zmieniała, tzn. stan pacjentki się pogarszał. W dniu przyjęcia była badana nie tylko przez świadka, ale także przez panią ordynator, aby dać wszystkie niezbędne zlecenia. Utrata przytomności nastąpiła drugiego dnia pobytu po południu w obecności anestezjologa. Ponieważ stan pacjentki się pogarszał i wpadała w stan niewydolności krążeniowo – oddechowej konieczna była interwencja anestezjologa i wkłucie centralne, aby zabezpieczyć możliwość intubacji. Została zaintubowana jeszcze w czasie pobytu w Oddziale Reumatologicznym. Stan był bardzo niepokojący, więc przeprowadzono wiele konsultacji, co znajduje pełne potwierdzenie w dokumentacji medycznej udostępnionej przez Wojewódzki Szpital (...). B. w S. (k.56-75, 95-184 akt). Świadek M. S. zaznaczyła, że w chwili, gdy J. G. wyrażała swoją ostatnią wolę nie działała pod wpływem leków, które by zaburzały jej świadomość, bowiem dopiero przyjechała do szpitala i nie podano jej jeszcze żadnych leków. Leki, które mogła wziąć w domu nie miały takiego działania, bo była przytomna, był z nią pełen logiczny kontakt, choć osłabiona, była w pełni zorientowana co do miejsca w którym się znajduje i czasu. O wyrażonej przez J. G. ostatniej woli M. S. poinformowała koleżankę z pracy Z. B., bowiem drugiego dnia pobytu obie czuwały przy pacjentce i jej doglądały. Świadek wyjaśniała i tłumaczyła, że nie odnotowała tego faktu ani w dokumentacji medycznej, ani nie poinformowała o tym ordynatora, gdyż taka sytuacja przydarzyła się jej po raz pierwszy i jedyny, nie wiedziała jak się zachować. Konsekwentnie zeznawała, że podczas badania pacjentki w sali nie było innych osób, takie też są procedury przeprowadzania badań, dlatego świadkami wyrażenia ustnej woli przez J. G. była tylko ona i poproszeni do sali na życzenie spadkodawczyni małż. T.. Według niej spadkodawczyni miała świadomość w jak poważnym stanie się znajduje i że istnieje zagrożenie dla jej życia. (k.220-222 akt)

Świadcowie B. T. (1) i A. T. byli zgodni co do tego, że w tak złym stanie, jak przed ostatnim pobytym szpitalnym, J. G. jeszcze nie była. Oczywiście jak zawsze liczyła na to, że pobyt w szpitalu jej pomoże i podleczone wróci

do domu. Będąc w niemal codziennym kontakcie ze spadkodawczynią wyjaśniali, że wcześniej nie mówiła nic o planach sporządzenia testamentu. Raczej zajmowało ją uporządkowanie spraw spadkowych po zmarłej w czerwcu 2010r. mamie R. G.. Według relacji B. T. (1) J. G. zastanawiała się raczej nad tym, czy W. S., jej chrześniak, nie mógłby razem z nią zamieszkać, wykończyć góry budynku i po śmierci mamy nią się zaopiekować. Była z niego dumna, bo kończył medycynę i faktycznie był grzeczny, ułożony, czuły w stosunku do ciotki. (k.223 akt) Świadkowie zaznaczali przy tym, że była osobą raczej skrytą, która niewiele mówiła o sobie, o swoim samopoczuciu, czy tym bardziej o sprawach majątkowych. Była osobą rozważną i oszczędną. W ostatnim okresie, zwłaszcza po śmierci mamy, świadkowie spotykali u J. G. w domu wnioskodawcę W. S. z rodzicami, z siostrą. W listopadzie i grudniu 2010r. opiekowały się nią ciotka A. W. (2) i K. S.. Kwestią leczenia zajmowała się Z. B.. Sąsiad z przeciwka – pan I. palił w piecu. Spotkali u niej również T. Z.. Świadkowie przyznali, że podczas stypy T. Z. pytała o testament, ale uznali, że jest to sprawa rodzinna i skoro rodzina na ten temat nic nie mówi, to oni tym bardziej nie są upoważnieni, aby na ten temat z uczestniczką rozmawiać. Nie zostali upoważnieni przez rodzinę J. G., aby mówić o testamencie, a o całej sytuacji powiadomili K. S., która według świadków była najbliższą spadkodawczyni.

Z uwagi na wątpliwości podnoszone przez uczestnika Z. S. i część uczestników spokrewnionych ze spadkodawczynią poprzez jej ojca co do tego, czy w dniu 9 grudnia 2010r. doszło do ustnego wyrażenia ostatniej woli przez J. G. i czy zachodziła obawa rychłej śmierci, przesłuchano w charakterze świadków pacjentki wskazane w piśmie ze Szpitala im. (...) B. w S. z dnia 26.04.2013r. (k.57 akt), które w dniach 9-10.12.2010r. przebywały wraz z nią na sali nr 44, to jest G. P. (k.201-202), M. P. (k.200-201 akt) i R. P. (akta sprawy sygn.I Cps 58/13 Sądu Rejonowego w Żywcu).

Najlepiej J. G. zapamiętała świadek M. P.. Według jej relacji J. G. była pacjentką leżącą, w dużo gorszym stanie niż ona sama, która również cierpi na reumatoidalne zapalenie stawów. Spadkodawczyni wymagała całkowitej opieki i pielęgnacji, lecz była przytomna. Przychodziła do niej pani z rodziny, która w tym szpitalu jest lekarzem, ale na innym oddziale, rozmawiały ze sobą. Prosiła o podanie niemal wszystkiego, picia, jedzenia, owoców. O pomoc zwracała się do leżących na sali pacjentek, pielęgniarek. Ból u niej następował atakami i gdy ją bolało była szczęśliwa, gdy ktoś do niej podszedł i w czymś pomógł – dotknął, poprawił poduszkę. Cierpiała, nie mogła spać, więc dostawała leki nasenne i przeciwbólowe. Była bardzo cierpiąca, „poskręcana”, miała przykurcze w kolanach, dłoniach, stawach łokciowych, była młodsza od świadka, ale w dużo gorszym stanie. M. P. stwierdziła, że była wręcz przerażona tą sytuacją, bo pacjentka miała dopiero 55 lat i już była w takim stanie. Leżała wyłącznie na wznak, była wzdęta i sama nie mogła się podnieść. Cały kręgosłup był obolały. U pani G. były też częste interwencje, więc pojawiało się przy niej wielu lekarzy. Świadek nie zauważyła jednak, aby w czasie jej pobytu spadkodawczyni sporządziła testament, poza odwiedzającą ją lekarką nie widziała też nikogo innego z rodziny. Według relacji świadka raczej nie mogła pisać, gdyż ona sama, gdy ma rzut choroby, to nawet łyżeczki nie może utrzymać, a ruch nadgarstka jest niemożliwy. J. G. miała sztywny nadgarstek, była karmiona. M. P. nie była świadkiem przenoszenia spadkodawczyni na oddział intensywnej terapii, nie wiedziała też, kto ją przywiózł do szpitala. Wyjaśniła, że ona sama była pacjentką chodzącą, w sali bywała rzadko, bowiem była diagnozowana i chodziła na rehabilitację. Badania, ćwiczenia, rehabilitacja trwały codziennie od śniadania do godz.17:00. Potwierdziła też, że w czasie, gdy pacjent jest diagnozowany i badany trzeba wyjść z sali, bo takiego pacjenta rozbiera się do badania. Tak było też w przypadku p.G..

Świadek G. P. zeznała, że niewiele pamięta. Przypomina sobie jedynie, że w czasie jej pobytu przebywała na tej samej sali pacjentka z C., którą przywieziono na wózku. Sama jednak była w ciężkim stanie, była leżąca, kilka razy zmieniała salę. Nic jej o tym nie wiadomo, aby pani G. w szpitalu sporządzała testament. Z czasem, gdy już poczuła się lepiej mogła sama wychodzić na korytarz. Zdarzało się też, że była wywożona z sali na badania. Świadek R. P. w ogóle nie przypominała sobie J. G., ani bliższych okoliczności jej pobytu w szpitalu. W każdym razie w jej obecności nie sporządzano testamentu. Według relacji tego świadka w czasie obchodu i badania pacjentów pozostali nie byli wypraszani z sali. Nie kojarzyła sobie takiej sytuacji, aby wszystkie pacjentki zostały poproszone o opuszczenie sali, w której została tylko pacjentka z lekarzem oraz kobieta i mężczyzna. Świadek nie przypominała sobie też nazwisk pozostałych pacjentek, z którymi w tym czasie przebywała na jednej sali.

W ocenie Sądu zeznania przesłuchanych w charakterze świadków pacjentek nie stanowią dowodów na to, że J. G. nie wyraziła, czy wręcz nie mogła wyrazić w czasie pobytu szpitalnego swojej ostatniej woli. Zważywszy, że celem pobytu

pacjentów w Oddziale Reumatologii były głównie diagnostyka i rehabilitacja, to mając na uwadze chociażby zeznania świadków M. P. i ich lekarza prowadzącego M. S. w godzinach przedpołudniowych, kiedy doszło do wyrażenia ostatniej woli przez spadkodawczynię, pozostałe pacjentki przebywały zapewne poza salą. Należy zauważyć, że także według zeznań złożonych przez małżonków T. w czasie badania J. G. i zarazem w czasie, gdy wyraziła swoją ostatnią wolę, w sali szpitalnej nie było innych osób. Zapewne dlatego też przesłuchani świadkowie stwierdzili, że w ich obecności testamentu nie sporządzano. Poza tym, mając na uwadze treść złożonego przez spadkodawczynię oświadczenia woli, sama czynność trwała dość krótko. Równocześnie odnotować należy, że zeznania M. P., która najlepiej zapamiętała J. G. ze szpitala, dają obiektywny obraz tego w jak ciężkim stanie zdrowia spadkodawczyni trafiła do szpitala.

Mając na uwadze zgromadzony w sprawie obszerny materiał dowodowy, w tym przede wszystkim pozyskaną ze Szpitala (...) w S. dokumentację medyczną J. G. (k.59-75, 96-184 akt) z jej ostatniego pobytu szpitalnego, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu medycyny dla ustalenia, czy w dacie sporządzenia testamentu ustnego przez J. G. zachodziła obawa rychłej śmierci spadkodawczyni, a nadto czy spadkodawczyni była w stanie sporządzić testament własnoręczny, bądź złożyć podpis pod testamentem notarialnym.

W opinii sądowej z dnia 22.07.2017r. sporządzonej przez biegłego sądowego z zakresu rehabilitacji medycznej dr nauk medycznych K. M. dokonała na wstępie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej J. G. opisując przebieg leczenia od dnia 9.12.2010r. aż do chwili jej śmierci.(k.499-504 akt) W wydanej opinii biegła potwierdziła, że pacjentka została przyjęta do szpitala w trybie pilnym, co świadczy o pogorszeniu stanu zdrowia. Przyjęcia dokonano w trybie art.7 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia i życia. W wywiadzie oraz badaniu lekarskim przy przyjęciu lekarz przyjmujący odnotował pogorszenie stanu zdrowia, przebyty kilka dni wcześniej uraz głowy, infekcję modzeli obu stóp oraz nasilenie dolegliwości bólowych stawów. Stan chorej przy przyjęciu musiał budzić niepokój lekarza prowadzącego, o czym świadczy liczba konsultacji wykonanych w pierwszych godzinach pobytu oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, takich jak poziom Na, K, kreatyniny i mocznika. Doświadczony lekarz, specjalista reumatolog, doskonale zdaje sobie sprawę jak może się skończyć infekcja u pacjenta z obniżoną odpornością. Przebieg choroby może się zmieniać z minuty na minutę. Zawsze w takim przypadku zachodzi obawa, iż leczenie może przebiegać niepomysłnie i zakończy się śmiercią. W opinii pisemnej biegła stwierdziła, że trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy spadkodawczyni była w stanie sporządzić testament własnoręczny, bądź złożyć podpis pod testamentem notarialnym. W historii choroby lekarz opisywał zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe w stawach obu dłoni. Podpisy J. G. na historii choroby w chwili przyjęcia w trzech rutynowych miejscach są bardzo niewyraźne (k.59 – historia choroby z dnia 9.12.2010r.). Nazwisko dla osoby postronnej jest nie do odczytania, bez imienia. Podpisy te różnią się między sobą. Widać, że sprawiły chorej duże trudności. Rodzina podczas zeznań stwierdziła, że pacjentka pisała sama kartki świąteczne. W dokumentacji nie istnieją jednak dowody na to jak pisała pacjentka w ostatnim okresie. Osoby, które przyjechały i pomagały chorej się przebrać na sali stwierdziły, że potrzebna jej była pomoc przy przebieraniu się. Analizując wszelkie dostępne dane można jedynie stwierdzić, że pacjentka była w ciężkim stanie. Zaostrzenie procesu chorobowego z całą pewnością miało wpływ na jej sprawność i precyzję ruchów.

Wobec zastrzeżeń podniesionych przez uczestnika Z. S. w piśmie z dnia 13.11.2017r. (k.513) oraz podczas rozprawy w dniu 29.11.2017r. (k.525 akt) co do braku precyzji w pisemnej opinii biegłej co do dwu podstawowych kwestii, a więc czy istotnie w dniu 9.12.2010r. zachodziła obawa rychłej śmierci oraz co do tego, czy spadkodawczyni mogła sporządzić testament pisemny, bądź podpisać się pod testamentem, biegła dr nauk med. K. M. w opinii uzupełniającej z dnia 11.12.2017r. (k.527-528 akt) wyjaśniła, że przedstawiony opis stanu chorej w domu, zgłaszane dolegliwości, wynik badań przy przyjęciu, które opisała w opinii głównej świadczą o pilnej przyczynie hospitalizacji i złym stanie zdrowia przy przyjęciu do szpitala. W opinii głównej przedstawiła również cały przebieg pobytu w szpitalu, wszelkie pilne konsultacje i badania, które były wykonane. W dniu przyjęcia w trybie pilnym odbyła się konsultacja neurologiczna i wykonano TK głowy, bez zmian urazowych. W drugim dniu pobytu około godziny 11:00 stan pacjentki uległ znacznemu pogorszeniu, wystąpiła duszność, tachykardia, spadek ciśnienia tętniczego. Badania laboratoryjne wykazały niewydolność nerek, a badania morfologii spadek poziomu płytek krwi. Stan chorej nadal się pogarszał.

Wykonano konsultację nefrologiczną i chirurgiczną oraz TK jamy brzusznej. Pomimo wdrożonego leczenia stan chorej dalej się pogarszał. Poproszono o konsultację dyżurnego anestezjologa, a ze względu na cechy niewydolności oddechowej, potwierdzonej w badaniach gazometrycznych, pacjentkę zaintubowano i przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii z rozpoznaniem: podejrzenie posocznicy (gronkowiec złocisty), infekcja dróg moczowych (gronkowiec złocisty), stan po zapaleniu modzeli obu stóp (gronkowiec złocisty), ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa, reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza, nadciśnienie tętnicze, przebyte wirusowe zapalenie wątroby typ A i B, itd. W posiewie moczu z dnia 10.12.2010r. wyhodowano gronkowca złocistego. Po przekazaniu pacjentki do Oddziału Intensywnej Terapii kontynuowano leczenie. Pacjentka była niewydolna krążeniowo, ciśnienie tętnicze podtrzymywane przy pomocy amin katecholowych. W badaniach gazometrycznych stwierdzono głęboką kwasicę metaboliczną. W kolejnych dniach kontynuowano wentylację mechaniczną oraz stosowano intensywne leczenie: przeciwwstrząsowe, celowaną antybiotykoterapię, analgosedację, leczenie przeciwarrytmiczne, przeciwzakrzepowe, osłaniające śluzówkę żołądka, diuretyki, sterydy. Wyrównano zaburzenia gospodarki wodno – elektrolitowej, kwasowo – zasadowej oraz zaburzenia krzepliwości krwi. W wyniku intensywnego leczenia uzyskano krótkotrwałą poprawę stanu ogólnego pacjentki. Jednak w 5 dobie z powodu pogorszenia parametrów wentylacyjnych założono dren do prawej jamy opłucnowej (uzyskano 1200 ml ropnego płynu). W 8 dobie po wykonaniu TK klatki piersiowej założono dren ssący do lewej jamy opłucnowej (uzyskano 400 ml ropnego płynu). W dniu 22.12.2010r. wykonano bronchofiberoskopię – pobrano materiał do badania mikrobiologicznego. Mimo zastosowania wielokierunkowego leczenia narastały objawy kwasicy metabolicznej oraz niewydolności wielonarządowej. W dniu 23.12.2010r. o godzinie 20:47 nastąpił zgon. W rozpoznaniu ustalonym w Oddziale Intensywnej (...) podano m.in.: ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa, wstrząs septyczny, reumatoidalne zapalenie stawów i in. (k.499-501 akt) W opinii zasadniczej biegła wyjaśniła także dlaczego (...) ma tak niekorzystny wpływ na przebieg infekcji u pacjentów cierpiących na tę chorobę. Całość obrazu świadczy o tym, że od początku pobytu pacjentka była traktowana jako przypadek ostry, zagrażający jej życiu. To, że J. G. zmagiała się wcześniej z różnymi infekcjami i nie przebiegały one tak ciężko nie ma żadnego związku z tym konkretnym przyjęciem do szpitala. Cierpiała na przewlekłą i nieuleczalną chorobę, która z roku na rok prowadziła do coraz większej niepełnosprawności i wyniszczenia organizmu. Tym razem nie była to zwykła infekcja, tylko sepsa. Zawsze w takim przypadku zachodzi obawa, iż leczenie może przebiegać niepomyślnie i zakończy się śmiercią. Obowiązkiem lekarza jest o takim fakcie powiadomić pacjenta i rzeczywiście, jak wynika z zeznań M. S. w czasie badania w dniu 9.12.2010r. poinformowała J. G., że stan jest ciężki, a po przekazaniu tej informacji w obecności pozostałych świadków małż. T. spadkodawczyni wyraziła swoją ostatnią wolę.

Biegła ponownie odniosła się w opinii uzupełniającej do możliwości napisania testamentu przez spadkodawczynię i stwierdziła, że najbardziej wiarygodnym dla niej elementem, który świadczy o kondycji chorej jest jej własnoręczny podpis podczas przyjęcia do szpitala. Obrazuje on stan chorej właśnie w tym momencie, czyli w dniu przyjęcia. Podpisy na historii choroby podczas przyjęcia na Oddział Reumatologii są nieczytelne. Nie zawierają całego nazwiska, tylko „znaczek lub skrót”. Na innej dokumentacji podpisów pacjentki już nie ma, w szczególności na historii choroby z Oddziału Intensywnej Terapii, gdyż w tym momencie chora była już nieprzytomna. Jeśli nie była w stanie podpisać się czytelnym imieniem i nazwiskiem, to tym bardziej jej stan zdrowia w tym momencie nie pozwalał na własnoręczne napisanie testamentu. Ocenie biegłej podlegał nie tylko narząd ruchu, ale wydolność chorej, jej samopoczucie i stan ogólny podczas przyjęcia do szpitala. (k.528 akt)

Z uwagi na nadal podtrzymywane przez uczestnika zastrzeżenia do opinii oraz wniosek o zlecenie opinii innemu biegłemu Sąd odebrał od biegłej sądowej K. M. także opinię ustną podczas rozprawy w dniu 16.03.2018r. (k.578-580 akt) Przede wszystkim biegła jednoznacznie stwierdziła na podstawie dostępnej jej dokumentacji medycznej i zawartego w niej wywiadu medycznego z badania pacjentki przez lekarza przyjmującego oraz wykonanych badań medycznych i konsultacji, że J. G. już w dniu przyjęcia do szpitala znajdowała się w stanie zagrożenia życia. Tezę tę biegła także szczegółowo w opinii ustnej, jak i wcześniej w opiniach pisemnych uzasadniła. Przede wszystkim wykonane przy przyjęciu już wstępne badania laboratoryjne i zebrany wywiad świadczyły o toczącym się procesie zapalnym. Przyjęcie nastąpiło w trybie pilnym. To było zakażenie gronkowcem złocistym i na pewno miało związek z leczonym przez wiele miesięcy zapaleniem modzeli obu stóp. Sama sepsa nie jest chorobą, jest to odpowiedź organizmu na toczący się proces zapalny. U zdrowej osoby z prawidłową odpornością organizm w jakiś sposób radzi

sobie z infekcją. Natomiast u osoby przewlekle chorej na (...) dochodzi do przedostania się bakterii do krwiobiegu, co prowadzi do niewydolności wielonarządowej. Ten proces infekcyjny na pewno już się toczył, bo nie minęło nawet kilkanaście godzin od przyjęcia jak pacjentka została przekazana na oddział intensywnej opieki medycznej. Można powiedzieć, że już przy przyjęciu występowały objawy sepsy, która stopniowo w szpitalu się rozwijała. Z całą pewnością spadkodawczyni podczas wcześniejszych pobytów szpitalnych nie była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Biegła potwierdziła, że (...) jest chorobą przewlekle wyniszczającą organizm i pacjenci często przebywają w szpitalu. Te pobyty zwykle związane są z poprawą ogólnej sprawności i korektą leczenia przeciwzapalnego. Nie zdarza się natomiast, żeby pacjent, który przychodzi na planowy pobyt, czyli do leczenia reumatoidalnego trafiał na (...). Ten ostatni pobyt był rzeczywiście inny i mógł wzbudzać obawę rychłej śmierci u pacjentki. Biegła podczas rozprawy stanowczo stwierdziła, że spadkodawczyni w pierwszych godzinach po przyjęciu nie mogła sporządzić własnoręcznie żadnego dokumentu, o czym świadczą wzory jej podpisów w historii choroby przy przyjęciu, jak i ogólny stan fizyczny przy przyjęciu. Biegła wyjaśniła, że sporządzając opinię starała się odpowiedzieć na pytanie, czy w momencie, gdy J. G. wyrażała ustny testament, byłaby w stanie go napisać i opinia biegłej w tej kwestii jest negatywna. Natomiast pobyt trwał kilkanaście dni i biegła nie analizowała szczegółowo jej parametrów życiowych przez cały okres pobytu szpitalnego. Mogły się zdarzyć też dni, kiedy czuła się lepiej. Natomiast byłoby to trudne do oceny, bowiem na cały obraz składa się nie tylko treść dokumentacji medycznej, ale także to, co mówi rodzina, odwiedzający, czy osoby z sali. Z samej dokumentacji medycznej nie można też wywnioskować, czy kilka miesięcy wcześniej J. G. była w stanie coś napisać. Można to ustalić tylko w oparciu o relacje osób, które miały z nią bliski kontakt. Biegła z własnego doświadczenia wyjaśniła także, że na pewno lekarz nie mówi pacjentowi, że to jego ostatnie dni. Natomiast pacjenci powracający na te oddziały są znani lekarzom. Lekarz, który miał już wcześniej kontakt z pacjentem jest w stanie powiedzieć, że stan zdrowia w danej sytuacji jest gorszy niż wcześniej. Nie zdarzyło się z praktyce biegłej żeby pacjent, który przyjechał do szpitala reumatologicznego mówił, że już z niego nie wróci. Nie można cofnąć czasu i powiedzieć jak to było, natomiast pacjenci dość często w takiej sytuacji wypowiadają swoje życzenia co do ostatniej woli. Można gdybać, czy ktoś mógł nagrać tę ustną wypowiedź na telefonie, co sugerował uczestnik Z. G.. Biegłej nigdy w życiu nie zdarzyło się nagrywać pacjenta w takiej sytuacji. Był to rok 2010 i trudno nawet wypowiedzieć się jakim telefonem dysponowała spadkodawczyni, czy świadkowie.

Biegła wyjaśniła również, że to od lekarza zależy, czy odnotowuje w dokumentacji szpitalnej fakt wyrażenia przez pacjenta ostatniej woli. Zależy to od praktyki w danym Oddziale i praktyki konkretnego lekarza. Kwestia ta nie jest w żaden sposób prawnie regulowana. Nie ma też jakiejś ugruntowanej jednolitej praktyki w tym zakresie. Nieraz lekarz mając na uwadze ilość pacjentów i ich stan nie ma nawet czasu na poczynienie takiej adnotacji. W opinii biegłej nie można postawić lekarzowi prowadzącemu J. G., że zlekceważył tę sprawę, bowiem informacja o testamencie dotarła do rodziny, nie została zatajona.

W cenie Sądu biegła podczas rozprawy udzieliła rzeczowych, konkretnych, fachowych i jednoznacznych odpowiedzi na zadawane jej pytania, które okazały się niezbędne dla wyjaśnienia okoliczności sprawy. Mając na uwadze treść opinii pisemnych sporządzonych przez biegłą sądową dr nauk medycznych K. M. oraz jej opinię wyrażoną ustnie podczas rozprawy Sąd oddalił wniosek pełnomocnika uczestnika Z. S. o zlecenie opracowania opinii innemu biegłemu, uznając że biegła wyjaśniła w sposób rzeczowy i rzetelny wszelkie kwestie niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy.(k.580 o. akt)

Przede wszystkim biegła jednoznacznie stwierdziła oraz w sposób rzetelny i wiarygodny swoje stanowisko uzasadniła co do tego, że zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 952 § 1 kc w chwili sporządzenia testamentu ustnego istniała obawa rychłej śmierci spadkodawczyni. Obiektywnie stan zagrożenia życia spadkodawczyni utrzymywał się aż do jej śmierci w dniu 23.12.2010r. Biegła odniosła się także do możliwości sporządzenia tego dnia dokumentu pisemnego i w ocenie Sądu w sposób przekonujący stanowisko swoje uzasadniła.

Biegła sporządzając opinię opierała się także na zgromadzonym w sprawie pozostałym materiale dowodowym w postaci zeznań świadków i samych uczestników co do stanu zdrowia spadkodawczyni. Wątpliwości uczestników, podnoszone przede wszystkim przez Z. S. i T. Z. budził fakt, że w ostatnim okresie życia spadkodawczyni doszło do sporządzenia umowy sprzedaży samochodu marki R. (...) o nr rej. (...), należącego do J. G. na rzecz K. S.. Umowa sprzedaży tego pojazdu nosi datę 20.12.2010r., jako miejsce jej sporządzenia wskazano W., w której mieszka

uczestniczka. Na dokumencie umowy sprzedaży, uzyskanym ze Starostwa Powiatowego w Z. znajduje się czytelny podpis J. G.. (k.234-235 akt) Tymczasem w tym okresie J. G. przebywała na Oddziale Intensywnej (...) w Szpitalu w S., a jak wynika z dokumentacji medycznej i opinii biegłej począwszy od 5 doby jej stan się pogarszał. Spadkodawczyni założono już wkłucie centralne konieczne do jej reanimacji, założono dreny. Była osobą leżącą, wobec której wdrożono intensywne wszechstronne leczenie ratujące życie. Dlatego też mając na uwadze informacje o stanie zdrowia J. G. wynikające z jej dokumentacji medycznej Sąd ma poważne wątpliwości co do okoliczności sporządzenia tego dokumentu. Sądowi wydaje się co prawda mało prawdopodobne, aby umowa została sporządzona we wskazanej dacie, lecz zadaniem Sądu w tej sprawie nie było szczegółowe badanie tych okoliczności. Także biegła nie była w stanie w oparciu o samą dokumentację wypowiedzieć się co do możliwości pisania przez spadkodawczynię w kolejnych dniach pobytu szpitalnego, zwłaszcza na (...). Nie można wszakże wykluczyć, że w dniu 20.12.2010r. J. G. była w stanie złożyć czytelny podpis pod umową. Niestety uczestnik K. S. nie skorzystała z możliwości złożenia zeznań w sprawie. Na Oddziale Intensywnej Terapii do J. G. zaglądała Z. B., tym bardziej, że pracowała w tym szpitalu na Oddziale Laryngologii. Tuż przed śmiercią mieli możliwość pożegnania się ze spadkodawczynią właśnie Z. B. i W. S.. Nie wynika z zeznań uczestników, aby inne osoby miały wstęp na (...). O sprzedaży samochodu wiedział zarówno wnioskodawca W. S., jak i jego brat J. S. (1), uczestniczka Z. B., jednak z ich zeznań wynika, że nie znają okoliczności sporządzenia samej umowy sprzedaży. (k.86, 423, 427 akt)

Należy jednak podkreślić, że dla ważności testamentu ustnego wyrażonego w obawie rychłej śmierci zgodnie z art.952 kc nie jest konieczne wykazanie, że spadkodawca nie mógł sporządzić testamentu w formie zwykłej. Konjunktura zawarta w § 1 art. 952 kc ma bowiem charakter rozłączny. Wystąpienie jednej z okoliczności jest wystarczające. Zgodnie z art. 955 kc testament szczególnie traci moc z upływem sześciu miesięcy od ustania okoliczności, które uzasadniały niezachowanie formy testamentu zwykłego, chyba że tak jak w rozpatrywanej sprawie, spadkodawca zmarł przed upływem tego terminu. Istotnie treść testamentu powinna być następnie stwierdzona na piśmie i może być zgodnie z art. 952 § 2 kc stwierdzona w ten sposób, że jeden ze świadków albo osoba trzecia spíše oświadczenie spadkodawcy przed upływem roku od jego złożenia, z podaniem miejsca i daty oświadczenia oraz miejsca i daty sporządzenia pisma, a pismo to podpiszą spadkodawca i dwaj świadkowie albo wszyscy świadkowie. Jednakże § 3 art.952 kc przewiduje, że w wypadku, gdy treść testamentu ustnego nie została w powyższy sposób stwierdzona, można ją w ciągu sześciu miesięcy od dnia otwarcia spadku stwierdzić przez zgodne zeznania świadków złożone przed sądem, co nastąpiło poprzez zeznania świadków testamentu złożone w sprawie sygn. I Ns 653/11. W ocenie Sądu nie można oczekiwać, co sugerował uczestnik Z. G. (k.491 akt), aby w tak szczególnej sytuacji sam spadkodawca, bądź świadkowie testamentu pomyśleli o nagraniu ustnie wyrażonej woli, chociażby z użyciem telefonu komórkowego. Z okoliczności sprawy wynika, że J. G. nie zapowiadała nikomu wcześniej, że zamierza sporządzić testament, nie uprzedzała o tym wcześniej świadków, dla których zdarzenie to było zaskakujące. Ewidentnie nie bardzo wiedzieli jak się zachować w takiej sytuacji, więc o tym fakcie powiadomili najbliższą rodzinę spadkodawczyni, czyli jej kuzynki Z. B. i K. S.. Małżonkowie T. w swoich zeznaniach podkreślali, że absolutnie nie przypuszczali, że przyjaciółka może już nie wrócić ze szpitala. Sama spadkodawczyni jadąc do szpitala też była przekonana, że w szpitalu powróci do zdrowia.

W tym kontekście dywagacje uczestników spokrewnionych ze spadkodawczynią ze strony ojca, czy mogła wcześniej sporządzić testament w zwykłej formie są bezprzedmiotowe. J. G. w chwili śmierci miała dopiero 57 lat i pomimo przewlekłej choroby zapewne nie spodziewała się tak nagłego i poważnego pogorszenia stanu zdrowia, by myśleć wcześniej o sporządzeniu testamentu. Jak zeznawała B. T. (1) po śmierci mamy w czerwcu 2010r. zajmowała się sprawami spadkowymi. Wiadomo, że przez pewien czas w okresie letnim przebywała w szpitalu w S. na zaplanowanym leczeniu i rehabilitacji, borykała się z zapaleniem modzeli i leczyła je w miejscowej poradni chirurgicznej. Jak wynika z zeznań przesłuchanych uczestników do nikogo z członków rodziny nie mówiła o planach sporządzenia testamentu. Należy więc zdaniem Sądu uznać, że dopiero informacja przekazana jej podczas badania przez lekarza prowadzącego M. S. uzmysłowiła spadkodawczyni, że znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Dlatego swoją wolę przekazała ustnie.

Uczestnicy Z. S., T. Z., A. S., G. W., Z. G. i M. G. (1) (k.485 – 493 akt) w swoich zeznaniach starali się wykazać, że pozostawali z J. G. w normalnych rodzinnych relacjach, że nie byli z nią skłócenii, interesowali się jej losem i stanem

zdrowia. Według tych uczestników spadkodawczyni nie mogła całego swojego majątku przekazać wnioskodawcy, bowiem majątek ten, czyli nieruchomości położone w C., w tym działka zabudowana, na której zamieszkiwała, pochodziły z majątku rodziny jej ojca i z pewnością nie chciałyby, aby ten majątek trafił do rodziny ze strony jej matki. Tego rodzaju twierdzenia nie mogą mieć jednak wpływu na ocenę ważności testamentu spadkodawczyni i treści wyrażonej przez nią woli. Nie ma w ocenie Sądu żadnego uzasadnionego powodu, aby wyrażoną przez nią ustnie wolę interpretować inaczej, niż jako wolę przekazania całego swojego majątku jednemu chrześniakowi, jakim był W. S.. Nie wskazują na to w szczególności zgodne zeznania świadków testamentu ustnego. W ocenie Sądu tego rodzaju rozporządzenie nie powinno budzić większych kontrowersji, bowiem J. G. nie miała własnych dzieci, natomiast jak wynika z zeznań świadka J. S. (1) (k.84-87 akt), samego wnioskodawcy (k.423 akt) oraz Z. B. (k.429 akt), łączyła ją serdeczna więź z chrześniakiem W. S., był dla niej bardzo bliską osobą. Była z niego dumna, że studiuje i kończy medycynę, rozmawiali wiele na tematy medyczne, zwłaszcza w ostatnim roku jej życia dość często się spotykali, tym bardziej, że kończył już studia. Spadkodawczyni wspierała też finansowo swojego chrześniaka, przekazując mu pieniądze przy różnych okazjach.

Od początku także uczestnicy T. Z. i Z. S. kwestionowali fakt sporządzenia testamentu ustnego w okolicznościach wskazanych przez wnioskodawcę. Uczestnicy zarzucali, że testamentu nie sporządzono, powołując się na sytuację, do jakiej doszło podczas stypy, kiedy to według relacji T. Z. na jej pytanie o testament uczestniczki Z. B. i K. S., a także świadkowie małż. T. zaprzeczyli jakoby J. G. sporządziła testament. Podnosili także, że do chwili stwierdzenia treści testamentu poprzez zeznania świadków nikt nie uprzedził ich, że jednak jest testament, a o osobie spadkobiercy dowiedzieli się dopiero w trakcie odbierania zeznań od świadków testamentu ustnego przez Sąd, gdyż nawet we wniosku Z. B. go nie wskazała. Odnosząc się do tej kwestii wnioskodawca W. S. i uczestnik Z. B. wyjaśniali (k.421-429 akt), że według nich i ich rodziny rozmowy na temat testamentu, czy majątku spadkowego nie powinny być prowadzone podczas stypy. Nie jest to według nich miejsce ani czas na takie rozmowy, gdy rodzina pogrążona jest w żałobie i spotkała się w związku z pogrzebem bliskiej osoby, aby ją pożegnać. Z. B. pytania T. Z. wręcz rozżłościły. Pamięta, że udzieliła wymijających odpowiedzi, nie wyklucza, że w tych okolicznościach powiedziała nawet, że testamentu nie ma. W stypie uczestniczyła rodzina J. G. ze strony jej zmarłej mamy, a ze strony ojca zaproszono wyłącznie T. Z., co już samo przez się świadczy o wzajemnych relacjach pomiędzy członkami obu rodzin. Korzystając z pomocy kolegi prawnika skierowała natomiast do Sądu wnioski o odebranie zeznań od świadków testamentu ustnego. Natomiast wnioskodawca wyjaśniał, że wielokrotnie słyszał od cici J. G., że jest skonfliktowana ze Z. S. i panem M. G. (1), którzy mieszkali w najbliższym sąsiedztwie. (k.421-422, 426 akt)

W ocenie Sądu z zeznań przesłuchanych w sprawie wnioskodawcy i uczestników, czyli Z. B., Z. S., T. Z., A. S., G. W., Z. G. i M. G. (1) (k.421-229, 485-493 akt), a także zeznań świadka J. S. (1) (k.84-87 akt) wynika, że choć nie było w tych wzajemnych relacjach ostrego konfliktu, jawnej wrogości, to ewidentnie J. G. i jej zmarła pół roku wcześniej mama utrzymywały bliskie, ciepłe, rodzinne relacje właśnie z A. W. (2), K. S., jej mężem i dziećmi, a przede wszystkim Z. B., z którą w ostatnim okresie życia była w codziennym kontakcie telefonicznym, ale także osobistym. Z rodziną mamy spędzała święta, spotykali się przy rodzinnych uroczystościach, mogła liczyć na ich pomoc i wsparcie, podobnie jak na swoich przyjaciół małż. T.. Relacje z członkami rodziny ze strony ojca były raczej chłodne, kontakty sporadyczne, nieregularne. Ponieważ w większości członkowie tej części rodziny mieszkali również w C., to miały one, jak to określiła Z. B., charakter sąsiedzki. Z zeznań tych można wywnioskować, że ochłodzenie wzajemnych relacji następowało z czasem od momentu śmierci w 1994r. M. G. (1) – ojca J. G.. Niewątpliwie spadkodawczyni utrzymywała częstszy kontakt z T. Z., lecz spotykały się głównie na cmentarzu. Uczestniczka T. Z. miała jednak okazję przekonać się w jakim stanie znajdowała się spadkodawczyni przed wyjazdem w grudniu 2010r. do szpitala i w ocenie Sądu, skoro przez dwa kolejne dni odwiedzała ją w domu, to też miała świadomość tego, że tym razem doszło do znacznego i nietypowego jak dotąd pogorszenia stanu zdrowia J. G.. Gdy spadkodawczyni była w szpitalu, pytała o jej stan zdrowia, chciała ją odwiedzić, ale było to już niemożliwe (k.487 akt). Spór o którym wiadomo dotyczył budynku gospodarczo – garażowego postawionego przez uczestnika Z. S.. Toczyło się w tej sprawie przez kilka lat postępowanie administracyjne, które zakończyło się decyzją wydaną w 2000r. korzystną dla R. G., o czym świadczy poza zeznaniami uczestników także dokumentacja załączona do akt sprawy tut. Sądu sygn. I Ns 884/12 przez A. W. (2) (k.23-24, 26-30 akt sygn. I Ns 884/12) W sprawie sygn. akt I Ns 884/12 Z. S. złożył w dniu 28.08. (...) wniosek o ustanowienie kuratora

spadku twierdząc, że spadek po J. G. nie został objęty przez spadkobierców i ostatnio doszło do włamania do domu spadkodawczyni. Jako kandydata na kuratora spadku wskazał T. Z.. Wniosek uczestnika oddalono postanowieniem z dnia 7 maja 2013r. między innymi na podstawie zeznań świadka J. S. (1), który podobnie jak w tej sprawie zeznał, że od lipca 2011r., po uzgodnieniu tego z rodziną, wprowadził się do domu cioci J., a włamanie miało miejsce w czerwcu 2011r. Między innymi dlatego ustalono, że ktoś powinien w tym domu zamieszkać na stałe. Z akt tej sprawy wynika także, że majątek spadkowy został zabezpieczony przez najbliższą rodzinę wnioskodawcy. Zajmowały się tym głównie Z. B. i K. S.. Uczestnicy Z. S. i T. Z. wyjaśniali, że z uwagi na to co wydarzyło się po śmierci J. G., w tym brak jasnego stanowiska wnioskodawcy i jego rodziny co do losów majątku spadkowego, testamentu, utracili zaufanie do rodziny wnioskodawcy i stąd biorą się ich wątpliwości i zastrzeżenia. Dla nich to właśnie stypa była właściwym momentem, aby zapytać o losy majątku J. G., która zmarła bezpotomnie i o to, czy sporządziła testament.

Równocześnie, mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd nie stwierdził, aby zachodziły jakiegokolwiek przesłanki wskazane w art. 928 kc do uznania W. S. za niegodnego dziedziczenia. Żaden z uczestników, w szczególności sam Z. S. reprezentowany przez fachowego pełnomocnika, nie wystąpił na drogę procesową o uznanie spadkobiercy za niegodnego do dziedziczenia, a tego rodzaju sprawa może być prowadzona tylko w trybie procesowym.

Mając powyższe ustalenia na względzie Sąd na podstawie art. 952 kc stwierdził, że spadek po J. G. c.M. i R., zmarłej dnia 23 grudnia 2010r. w S., ostatnio stale zamieszkałej w C., na podstawie testamentu ustnego z dnia 9 grudnia 2010r., sporządzonego w S., którego treść została stwierdzona poprzez zgodne zeznania świadków, złożone przed Sądem Rejonowym w Zawierciu w sprawie sygn. akt I Ns 653/11 nabył wprost W. S. s.K. i J. w całości.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 520 § 1 kpc. Przy czym na podstawie art.113 ustawy z dnia 28.07.2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd zobowiązał wnioskodawcę do zwrotu kosztów opinii biegłej, wypłaconych tymczasowo z sum Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Zawierciu, uznając że opinia ta była konieczna dla rozstrzygnięcia sprawy i mimo że została zlecona na wniosek uczestnika Z. S., to z uwagi na brak zaliczek koszt opinii finalnie powinien ponieść wnioskodawca, w którego interesie ostatecznie opinie sporządzono.