

*Sygn. akt: I ACa 204/13*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Hanna Rojewska</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SSA Lilla Mateuszczyk</b> <b>SSO del. Paweł Hochman (spr.)</b>
Protokolant:	st. sekr. sądowy Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 28 czerwca 2013 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **P. M.**

przeciwko **(...)Szpitalowi (...)w Ł.**

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 6 grudnia 2012 r. sygn. akt I C 1354/10

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne na rzecz strony pozwanej.**

*Sygn. akt I AC a 204/13*

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 6 grudnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Łodzi orzekł o oddaleniu powództwa w sprawie wniesionej przez P. M. przeciwko (...)Szpitalowi (...)w Ł. o zadośćuczynienie, i rentę oraz zasądził od powoda P. M. na rzecz pozwanego (...)Szpitala (...)w Ł. kwotę zł 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Podstawę powyższego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia Sądu pierwszej instancji.

P. M. jest z zawodu mechanikiem kierowcą i przed przejściem na rentę, pracował w Zakładach (...). W latach 1980 - 1990 korzystał rekreacyjnie z siłowni i wówczas zaczął już odczuwać bóle odcinka lędźwiowo - krzyżowego kręgosłupa. Na przełomie 1993 i 1994r. kiedy wracał z siłowni po treningach kończyn dolnych, poczuł osłabienie i silny ból kręgosłupa. Prawie godzinę oddawał mocz z powodu skurczu mięśni. Wówczas otrzymał skierowanie do lekarza neurologa i udał się do szpitala (...). W szpitalu przebywał około miesiąca. W 1994r. został skierowany do W., gdzie u powoda wykonano rezonans magnetyczny głowy i po tym badaniu rozpoznano stwardnienie rozsiane - SM. Od tego czasu otrzymał II grupę inwalidzką i dowiedział się, że powinien być rehabilitowany. Wówczas też podjął pracę w Zakładzie(...)na portierni. Zarabiał około 1000 zł miesięcznie. Cały czas odczuwał tylko bóle odcinka lędźwiowo - krzyżowego kręgosłupa. Przyjmował leki przeciwbólowe.

W 2006r. podczas jazdy autobusem Komunikacji Miejskiej, powód stanął z tyłu autobusu i na wybojach, gdy autobus podbiło do góry, upadł i poczuł jak mu coś „strzeliło”. Po opuszczeniu autobusu zauważył, że zaczęła mu opadać prawa stopa. Otrzymał skierowanie do szpitala i wówczas lekarz szpitala (...) oświadczył, że to rzut SM. W szpitalu przebywał 10 dni, pomiędzy 26 czerwca a 6 lipca 2006r. Stan jego zdrowia nie poprawił się. Po raz pierwszy otrzymał leki na SM, lecz według powoda nie postawiły go one na nogi. Otrzymał także skierowanie na rehabilitację, gdzie uczęszczał przez 3 tygodnie. Od tego czasu też zaczął chodzić o lasce.

Po pobycie w 2006r. w pozwanym szpitalu, zasugerowano mu skorzystanie z pomocy innego neurologa. Wówczas w 2007r. udał się do poradni przy Szpitalu(...)w Ł.. Tam po konsultacjach u dr S., został poddany badaniom. U powoda wykonano kolejne badania przy użyciu rezonansu magnetycznego. Podczas badania w dniu 15 kwietnia 2007r. / którego przedmiotem było - badanie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, bez kontrastu /, wykonano badania T1 i T2 stwierdzając: prawidłową lordozę lędźwiową, prawidłową przestrzeń międzykręgową L3/L4, krążki międzykręgowe na obu poziomach koncentrycznie uwypuklone bez cech przepuklin j.m..

Brak zatem było zmian patologicznych na wysokości ogona końskiego mogących powodować jego ucisk i w następstwie zespół ogona końskiego.

W dniu 7 lutego 2008r., powód przebywając w domu, w godzinach wieczornych usiadł w fotelu i gdy próbował się podnieść, podczas wstawania z fotela doznał gwałtownego bólu w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa, upadł oraz nastąpił objaw bezwiednie oddanego moczu. W godzinach nocnych wezwał pogotowie, które przewiozło go do Szpitala im. (...), gdzie został, przyjęty w trybie nagłym, na oddział Neurologii 8 lutego 2008r. o godzinie 3.51 ze wstępnym rozpoznaniem „porażenie kończyn dolnych i porażenie czterokończynowe - Porażenie kończyn dolnych, nie określone.” Podczas pobytu powoda w pozwanym szpitalu, wykonano u niego szereg badań diagnostycznych w tym między innymi, w dniu 13 lutego 2008r. rezonans magnetyczny odcinka piersiowego kręgosłupa, który wykazał: centralną prawoboczną przepuklinę na poziomie Th6-Th7, bez cech ucisku rdzenia kręgowego.

W dniu 15 lutego 2008r. powód został wypisany ze szpitala i w karcie wypisowej w epikryzie wpisano: pacjent z wieloletnim stwardnieniem rozsianym, został przyjęty z powodu nasilenia niedowładu prawej kończyny dolnej. W chwili przyjęcia badaniem neurologicznym stwierdzono niedowład spastyczny prawej kończyny górnej / 2/5 / bez zaburzeń czucia, z prawostronnym objawem (...). (...) odcinka piersiowego wykazało centralno-prawoboczną pjm na poziomie (...) - (...) bez cech ucisku rdzenia kręgowego. Po leczeniu steroidoterapią nastąpiła niewielka poprawa stanu neurologicznego. Na prośbę pacjenta wydano skierowanie do Dziennego Oddziału Rehabilitacji.

Po ostatnim pobycie powoda w Szpitalu im. (...), czyli po 15 lutego 2008r., powód nie korzystał już z tego szpitala.

Następne badania rezonansowe wykonano u powoda w dniu 18 lutego 2008r. / głowa z kontrastem 2 fazy / - a więc już trzy dni po opuszczeniu szpitala. Podczas tego badania stwierdzono między innymi: obraz mało charakterystyczny, mogący odpowiadać bardzo drobnym zmianom demielizacyjnym - wymaga kontrolnego badania MR po 4 miesiącach. Poza tym struktury mózgowia bez zmian ogniskowych i bez ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego.

Powód nadal korzystał z poradni neurologicznej przy (...) Szpitalu (...) (...). Był tam na konsultacjach w dniach: 18 lutego 2008r., 7 kwietnia 2008r., 30 czerwca 2008r., i leczono go na stwardnienie rozsiane. Powód korzystał też z prywatnego gabinetu lekarskiego Dr S..

W dniu 9 marca 2008r. u powoda po raz kolejny wykonano badanie rezonansowe MR mózgowia z kontrastem. Wynik badania uwidaczniał nieliczne drobne ogniska hiperintensywne wzdłuż komór bocznych, które mogły odpowiadać zmianom demielinizacyjnym, ale obraz nie jest specyficzny. Nie były to zmiany, na podstawie których można by rozpoznać SM, zwłaszcza długo trwające, ale i też wykluczyć. Mogłyby to być wczesne zmiany lub np. borelioza.

Na skutek tych rozpoznań oraz leczenia, powoda skierowano do szpitala i przebywał w (...) Szpitalu (...) (...) od 22 września do 1 października 2008r. z rozpoznaniem wstępnym stwardnienie rozsiane SM. Wówczas wykonano u powoda szereg badań diagnostycznych, w tym także badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Podczas tego badania nie stwierdzono obecności prążków oligoklonalnych immunoglobulin klasy G.

Posługując się badaniami rezonansów magnetycznych, z 15 kwietnia 2007r., 3 grudnia 2007r., oraz z 10 lipca 2008r., w epikryzie zawartej w karcie wypisowej z tego szpitala, stwierdzono: uwidocznione zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Przy przyjęciu do kliniki stwierdzono także niedowład obu kończyn dolnych L 4/5 z upośledzeniem zgięcia grzbietowego stóp w wybitną spastycznością i obustronnym objawem (...)

Pacjent otrzymał kartę wypisową ze szpitala z rozpoznaniem ostatecznym, gdzie wskazano inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej, parapareza spastyczna.

Po opuszczeniu szpitala (...), jeszcze w dniach 17 listopada 2008r., oraz 10 listopada 2009r., powód był na konsultacjach w poradni neurologicznej przy (...) Szpitalu (...) (...).

Po raz kolejny wykonano u powoda badanie rezonansowe w dniu 31 grudnia 2008r. / kręgosłup C przeglądowo /.

Podczas tego badania stwierdzono między innymi: badanie odcinka szyjnego kręgosłupa o spłyconej fizjologicznej lordozie, lewoboczne uwypuklenia krążka międzykręgowego C3 - C4, bez kompresji struktur rdzenia kręgowego. Rezerwa płynowa podpajęczynówkowa kanału kręgowego o szerokim świetle. Rdzeń szyjny o prawidłowej strukturze.

Kolejne badanie rezonansu magnetycznego wykonane zostało u powoda w dniu 6 stycznia 2010r. - badanie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu, w wyniku którego stwierdzono: obniżoną przestrzeń międzykręgową Th12/L1. Dyskretnie uogólnione uwypuklenie tarczy międzykręgowej L4/L5 bez modelowania worka oponowego a z jedynie dyskretnym obustronnym zwężeniem kanału nerwów rdzeniowych. Poza tym zarysy kanału kręgowego oraz jego zawartość są w badanym odcinku kręgosłupa prawidłowe. Nie stwierdzono zmian patologicznych na wysokości ogona końskiego mogących powodować jego ucisk i w następstwie zespół ogona końskiego. Nie stwierdzono ucisku na korzenie.

W dniu 15 października 2010r. powód został przyjęty do Oddziału (...) Szpitala (...) w Z. z rozpoznaniem: obserwacja i diagnostyka w kierunku guza kanału kręgowego w odcinku piersiowym. Inne określone choroby rdzenia kręgowego. Także podczas pobytu w tym Szpitalu, wykonano u powoda kolejny rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego w dniu 18 października 2010r. Wynik badania dwufazowego wskazywał na niewielkie skrzywienie prawostronne w odcinku piersiowym. Zarysy kanału kręgowego w odcinku piersiowym gładkie, nie uwidoczniono istotnych zwężeń otworów międzykręgowych. Wysokość trzonów kręgów i przestrzeni między kręgową prawidłowe. Rdzeń kręgowy w odcinku piersiowym o gładkich zarysach i niezmienionym sygnale, bez cech patologicznego wzmocnienia kontrastowego, wydaje się zcieńczały na prawie całej długości. W epikryzie karty wypisowej ze szpitala wskazano, że wyniki badań nie dają podstaw do stwierdzenia patologii i pacjent nie wymaga leczenia operacyjnego. Powód opuścił szpital w dniu 21 października 2010r.

Obecnie powód nadal przebywa na rencie II grupy / z tytułu stwierdzonego stwardnienia rozsianego / i otrzymuje na chwilę wyrokowania świadczenie w kwocie do ręki 829 zł. Nie zawiadomił ZUS o wykluczeniu u niego jednostki chorobowej w postaci stwardnienia rozsianego - po diagnozie (...) Szpitala (...) z października 2008r.

Powód korzystał także z prywatnych porad 4 neurochirurgów w (...) Szpitalu (...). Żaden z nich nie skierował go do leczenia operacyjnego.

Powód utrzymuje, że podczas rehabilitacji lekarz o nazwisku D. z Oddziału (...), na którym przebywał, powiedział mu że ma „zespół ogona końskiego”.

Powód utrzymuje, że przed wytoczeniem procesu, dostarczył posiadaną przez siebie dokumentację medyczną do Zakładu Usług Medycznych i (...) w T. i ten podmiot miał wykonać dla powoda opinię pozaprocesową, pod którą podpisali się lekarze M. i R. F.. Według powoda M. F. jest patomorfologiem a R. F. specjalistą położnikiem i chorób kobiecych.

Tej opinii powód nie przedstawił pod ocenę sądu, ani biegłych sądowych powołanych w trakcie procesu.

Pod pojęciem „ zespołu ogona końskiego” rozumie się charakterystyczny zespół objawów neurologicznych, powstających wskutek uszkodzenia końcowego odcinka rdzenia kręgowego noszących nazwę właśnie ogona końskiego. Wskutek dyskopatii / centralnej lędźwiowej wypukliny jądra miażdżystego poniżej poziomu L1 / L2 , lub wzrostu guza w świetle końcowego odcinka kanału kręgowego, dochodzi do ucisku na nerwy tworzące koński ogon. Stan ten skutkuje objawami : niedowładem wiotkim kończyn dolnych, zaburzeniami czucia typu korzeniowego, niemożnością oddania moczu, oraz dodatkimi objawami rozciągowymi.

Występowanie stwierdzonych u powoda: niedowładu spastycznego oraz dodatniego objawu(...)wyklucza możliwość występowania zespołu ogona końskiego. Dodatkowo wykonane u powoda badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego, w kwietniu 2007r oraz styczniu 2010r, ukazują brak zmian patologicznych na wysokości ogona końskiego, mogących powodować jego ucisk i w następstwie zespół ogona końskiego.

W trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu w dniach od 8 do 15 lutego 2008r, nie przeprowadzono pełnej diagnostyki w kierunku SM i wypisano powoda ze szpitala z rozpoznaniem ostatecznym stwardnienie rozsiane. Postępowanie takie jest niezgodne z zasadami prawidłowej diagnostyki i należy je zakwalifikować jako błąd diagnostyczny.

Podczas pobytu powoda w (...) Szpitalu (...)(...)w Ł., - po siedmiu miesiącach od opuszczenia pozwanego szpitala - wykluczono u powoda występowanie stwardnienia rozsianego, stwierdzając niedowład kończyn dolnych oraz inne zaburzenia układu nerwowego nie sklasyfikowane gdzie indziej.

Do dnia 5 maja 2011r. nie dało się ustalić przyczyn tego niedowładu kończyn dolnych. Stąd należy przyjąć, że gdyby prawidłowe postępowanie wobec powoda P. M. wdrożono również podczas pobytu powoda w pozwanym szpitalu w dniach od 8 do 15 lutego 2008r., to również nie udało by się ustalić przyczyny niedowładu. Ze zgromadzonej dokumentacji lekarskiej nie wynika także, aby stan zdrowia powoda w okresie pomiędzy pobytem w pozwanym szpitalu / 8 - 15 luty 2008 / a późniejszymi hospitalizacjami w innych szpitalach uległ pogorszeniu. W tej sytuacji brak jest podstaw do przyjęcia by postępowanie pozwanego wywołało u powoda nieodwracalne zmiany prowadzące do nie dającego się odwrócić kalectwa między innymi ruchowego kończyn dolnych.

Aktualny stan zdrowia powoda i związane z tym cierpienia fizyczne i psychiczne wynikają ze schorzenia neurologicznego o nieustalonej dotychczas etiologii i nie mają związku z pozbawionym należytej staranności i ostrożności postępowaniem pozwanego szpitala.

Wyniki badań dawały jednoznaczne podstawy do wykluczenia występowania u powoda zarówno zespołu ogona końskiego jak i zespołu stożka końcowego oraz nie dawały podstaw do rozważenia leczenia neurochirurgicznego.

Dokonując powyższych ustaleń, Sąd Okręgowy przeprowadził ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i uznał za wiarygodne dowody z dokumentów prywatnych w postaci: dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy, z pobytów powoda w pozwanym szpitalu w dniach od 8 do 15 lutego 2008r, oraz z korzystania przez powoda w okresie od lutego 2008 r. do listopada 2009 r. z poradni neurologicznej i pobytu powoda w (...) Szpitalu (...) w okresie od 22 września 2008 do 1 października 2008, a także z dokumentacji medycznej opisanej w opinii biegłych sądowych z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...)w T. (...)w B. - w której między innymi powołano się na dokumentację z Oddziału (...)Szpitala (...)w Z., gdzie powód przebywał od 15 do 21 października 2010r, oraz na badania rezonansów magnetycznych wykonanych u powoda na przestrzeni od 2007r. do 2010r.

Sąd uznał także za w pełni wiarygodną, pełną i wyczerpującą opinię biegłych sądowych lekarzy z Zakładu Medycyny Sądowej (...) (...)w T., (...)w B.. Opinia ta wykona został przez zespół sześciu lekarzy specjalistów, po zapoznaniu się z aktami sprawy, dokumentacją medyczną oraz badaniu powoda i szczegółowy wywiad przeprowadzony z powodem na temat przebiegu choroby. Biegli dogłębnie przeanalizowali także dostarczone w trakcie wykonywania opinii przez powoda, dokumenty i płyty z wynikami badań. Szczegółowo odnieśli się także do zgłoszonych uwag do głównej opinii przez pełnomocnika powoda w opinii uzupełniającej. Odnosząc się do powyższego dowodu Sąd Okręgowy podniósł również, że opinia biegłych ma na celu ułatwienia sądowi należytej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, wtedy gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne, i podlega także ocenie według kryteriów z art. 233 k.p.c. Szczególne kryteria dla tego dowodu to: poziom wiedzy biegłych, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Ta opinia spełnia wszelkie te kryteria i dlatego Sąd Okręgowy nie uwzględnił wniosku dowodowego pełnomocnika powoda, zawartego w piśmie procesowym z dnia 6 sierpnia 2012 / k - 115 /, o dopuszczenie dowodu - w tak zwanych ramach kontrolnych - z opinii biegłych z innego ośrodka np. Uniwersytetu (...) lub (...). Uzasadniając powyższą decyzję procesową Sąd pierwszej instancji podniósł również, że już od dawna w nauce prawa i orzecznictwie utrwalony jest pogląd, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. / tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 sierpnia 1999r. w sprawie I PKN 20 / 99 OSNP 2000 Nr 22 poz. 807 /. Potrzebą taką nie może być bowiem samo przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy. Stwierdzenie zawarte we wniosku „o tak zwanych ramach kontrolnych”, nie spełnia wymogu wykazania powołania innych biegłych, a jedynie wskazuje na niezadowolenie strony z treści opinii. Stanowisko zaprezentowane wyżej, zostało utrwalone w orzecznictwie. W wyroku z dnia 20 sierpnia 2008r w sprawie I UK 78 / 08. Sąd Najwyższy uznał, że potrzeba żądania przez sąd dodatkowej opinii biegłego nie może być wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii, lecz musi być następstwem umotywowanej krytyki 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 w żadnym razie nie wynika z treści art. 286 k.p.c. / opublikowane Legalis /.

Sąd pierwszej instancji uznał także za wiarygodne zeznania świadka A. B.. Zeznania te nie wniosły jednak niczego istotnego do sprawy. Świadek w zasadzie ograniczył się do omówienia dokumentacji medycznej z leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Za w większości wiarygodne uznano także zeznania powoda. Nie zasługują jednak w ocenie Sądu Okręgowego na wiarę zeznania powoda w części dotyczącej jego twierdzeń, że gdyby miał udzieloną pomoc neurochirurgiczną albo konsultacje z neurochirurgiem byłyby wykonany zabieg odbarczający. Powód sam zaprzecza swoim zeznaniom w tej kwestii, bowiem jak zeznał kilka minut później, był u czterech neurochirurgów w (...) Szpitalu (...) (...)w Ł. / k - 132 /. Jak wynika z przedstawionej przez powoda pod ocenę sądu i biegłych dokumentacji medycznej, nie ma nigdzie śladu, aby któryś z tych neurochirurgów, zalecił powodowi zabieg operacyjny a w szczególności odbarczający. Także z dokumentacji lekarskiej - karty wypisowej ze szpitala w Z. z 2010r. - wynika jednoznacznie, że pacjent nie wymaga leczenia operacyjnego. Potwierdzili to także biegli sądowi w opinii na użytek tego postępowania. Stąd przeświadczenie powoda zawarte w jego zeznaniach, o konieczności wykonania takiego zabiegu operacyjnego - już w czasie pobytu powoda w pozwanym szpitalu w lutym 2008r. - jest tylko jego sugestią, nie popartą żadnymi dowodami. Nie ma

bowiem od 2008r. do chwili wyrokowania, jakiegokolwiek dokumentu w postaci zalecenia lekarskiego, że u powoda winien być wykonany zabieg operacyjny, i zaniechanie to obciąża pozwanego.

Od czasu opuszczenia przez powoda Szpitala (...) w 2008r., - jak przyznał sam powód - nie leczył się już w tym szpitalu. Dalsze leczenie powód kontynuował w (...) Szpitalu (...) (...) a także prywatnie i również tamten szpital po stwierdzeniu, że powód nie choruje na stwardnienie rozsiane / a stało się to we wrześniu 2008r. / nie uznał, iż konieczne jest wykonanie u powoda zabiegu operacyjnego.

W następstwie powyższych ustaleń Sąd Okręgowy zważył, że przedmiotem roszczeń powoda jest żądanie zasądzenia zadośćuczynienia i renty z tytułu czynu niedozwolonego zarzucanego pozwanemu Szpitalowi im (...) w Ł., mającego polegać na niewłaściwym badaniu, diagnozowaniu i leczeniu powoda w czasie jego pobytu w pozwanym Szpitalu w 2008 r., co doprowadziło, jego zdaniem, do szkody w postaci utraty zdrowia i krzywdy, których naprawienia żąda.

Podstawą roszczeń powoda są zatem przepisy art. 445 § 1 k.c., co do zadośćuczynienia oraz art. 444 § 2 k.c. co do renty.

Z uwagi na to, że powód nie zarzucał naruszenia przez pozwanego jego praw pacjenta, określonych w przepisach, ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - w brzmieniu obowiązującym w chwili wyrządzenia szkody - natomiast zarzucał zaniechania w diagnostyce i leczeniu prowadzące do utraty zdrowia, odpowiedzialność pozwanego za szkodę i krzywdę powoda wynika, co do zasady z art. 430 k.c., jako odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez zatrudniony personel medyczny.

Przyjęcie odpowiedzialności pozwanego z tytułu zarzucanego mu czynu niedozwolonego wymagało wykazania przez powoda określonego, bezprawnego działania lub zaniechania personelu medycznego pozwanego Szpitala, a więc zaniechań w przeprowadzaniu badań, diagnozie lub leczeniu, w tym nie dochowanie obowiązujących procedur, nie przeprowadzenie stosownych badań, nie reagowanie na skargi pacjenta i występujące objawy chorobowe, stosowanie niewłaściwego leczenia.

Powód obowiązany był również do wykazania winy personelu medycznego, przy czym wystarczające jest wykazanie tzw. winy anonimowej i jej najniższego nawet stopnia, w tym także braku odpowiedniej wiedzy medycznej, dostępnej dla lekarza specjalisty.

Trzecią przesłankę odpowiedzialności, którą obowiązany był wykazać powód, stanowi szkoda jaką poniósł, a czwartą związek przyczynowy między zawinionym działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego a poniesioną szkodą, przy czym wystarczy wykazanie z dużym stopniem prawdopodobieństwa, że określone zaniechania personelu medycznego mogły doprowadzić do szkody.

W ocenie Sądu pierwszej instancji w rozpoznawanej sprawie nie budzi wątpliwości, że podczas pobytu powoda w pozwanym szpitalu w lutym 2008r., nie przeprowadzono u niego do końca pełnej diagnostyki w kierunku rozpoznania istnienia stwardnienia rozsianego SM. Jak to wskazali biegli w swojej opinii, rozpoznanie SM nie zawsze jest proste i jednoznaczne. Często jest to proces trwający pewien okres czasu, wymagający przeprowadzenia różnych badań dodatkowych tj: rezonansu magnetycznego, badania płynu mózgowo - rdzeniowego, lub badania (...). Przyjmując powoda na oddział neurologiczny pozwanego szpitala, personel tego oddziału winien przeprowadzić szczegółowe badania kliniczne, przed ustaleniem, iż pacjent cierpi na SM. Tymczasem nie przeprowadzając wszystkich koniecznych badań, włączono leczenie stosowane w stwardnieniu rozsianym i wypisano powoda z rozpoznaniem ostatecznym stwardnienie rozsiane, podając w epikryzie, że choruje on od wielu lat na SM. Postępowanie takie jest niezgodne z zasadami prawidłowej diagnostyki i należy je traktować jako pozbawione należytej staranności i ostrożności i nosi ono znamiona błędu diagnostycznego.

Powód w pozwie i w toku całego postępowania sądowego dowodzi, że w związku z błędnie przeprowadzoną diagnostyką pozwanego szpitala, doszło do zwłoki w koniecznych działaniach neurochirurgicznych w wyniku czego, powstały nieodwracalne zmiany pochodzenia pourazowego w następstwie wystąpienia ostrych objawów neurologicznych „Zespołu ogona końskiego”./ pozw k - 3 /. W tej sytuacji skoro opinia biegłych przesądziła o

istnieniu błędu diagnostycznego w działaniach personelu pozwanego szpitala, konieczne było jeszcze wykazanie przez powoda pozostałych przesłanek odpowiedzialności pozwanego: a więc szkody oraz związku przyczynowego między tymi zaniedbaniami diagnostycznymi a szkodą powoda. Zdaniem Sądu Okręgowego w tej sytuacji kluczowe było zatem ustalenie, czy powód cierpi na schorzenie w postaci „Zespołu ogona końskiego”, oraz czy pomiędzy błędem diagnozy pozwanego szpitala a schorzeniem powoda, istnieje adekwatny związek przyczynowy. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy z (...) (...)w T. - Zakładu Medycyny Sądowej w B.. Sześciu biegłych lekarzy różnej specjalności / w tym neurochirurg, neurolog, specjalista rehabilitacji, radiolog oraz specjalista medycyny sądowej / po analizie akt sprawy, zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu i badaniu powoda, zgodnie orzekli, że u powoda rozpoznano niedowład spastyczny kończyn dolnych o nieustalonej etiologii, oraz stan neurologiczny wykluczający możliwość istnienia u powoda „Zespołu ogona końskiego”, a także stożka końcowego / opinie k - 87 odw. i 108 /. Biegli stwierdzili ponadto, że nie dało się ustalić przyczyn niedowładu kończyn dolnych u powoda, i nawet gdyby prawidłowe postępowanie wobec powoda wdrożono również podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu w lutym 2008r, to również nie udało się ustalić przyczyn niedowładu. Zdaniem biegłych w tej sytuacji brak jest podstaw do przyjęcia by postępowanie pozwanego wywołało u powoda „nieodwracalne zmiany prowadzące do nie dającego się odwrócić kalectwa między innymi ruchowego kończyn dolnych”. Aktualny stan zdrowia powoda i związane z tym cierpienia fizyczne i psychiczne wynikają ze schorzenia neurologicznego o nieustalonej dotychczas etiologii i nie mają związku z pozbawionym należytej staranności i ostrożności postępowaniem pozwanego szpitala (...)w Ł.. Oznacza to zatem brak istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy błędem w diagnozie pozwanego szpitala, a stwierdzonym u powoda schorzeniem.

Teoria adekwatnego związku przyczynowego na gruncie Kodeksu cywilnego oznacza, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynika. Dla istnienia tego związku charakterystyczne jest to, że wśród wszelkich warunków nastąpienia szkody przypisuje ona prawną doniosłość tylko tym, które zwiększają możliwość / prawdopodobieństwo / nastąpienia badanego skutku. Tak rozumiane ujęcie adekwatnego związku przyczynowego pozwala na uznaniu prawnej doniosłości tych skutków, które są dla badanego zdarzenia zwykle / typowe, normalne /, a na odrzuceniu takich, które oceniamy jako niezwykle, nietypowe, nienormalne. Nie budzi także wątpliwości, że normalny związek przyczynowy zachodzi nie tylko pomiędzy bezpośrednią przyczyną a szkodą, ale także pomiędzy przyczynami pośrednimi a badanym skutkiem.

Według biegłych, stwierdzone u powoda schorzenie, nie wyniknęło z błędu diagnostycznego pozwanego szpitala podczas pobytu powoda w tej placówce w lutym 2008r., kiedy to u powoda błędnie zdiagnozowano stwardnienie rozsiane SM. Błąd diagnostyczny pozwanego szpitala, został jednak naprawiony po upływie kilku miesięcy przez lekarzy z (...) Szpitala (...) (...)w Ł., którzy po pobycie powoda w tym szpitalu we wrześniu 2008r., wykonaniu dodatkowych badań, wykluczyli istnienie u niego stwardnienia rozsianego SM. Lekarze z tej kliniki podobnie jak i lekarze w pozwanym szpitalu, nie stwierdzili jednak u powoda istnienia ani zespołu ogona końskiego, ani zespołu stożka końcowego, ani nie stwierdzili aby były podstawy do rozważenia leczenia neurochirurgicznego. Także biegli sądowi w wydanej opinii, nie potwierdzili kategoriycznych twierdzeń powoda - zawartych w pozwie, i podtrzymywanych konsekwentnie w toku całego procesu - iż cierpi on na jednostkę chorobową zwaną „zespół ogona końskiego”, ani na „zespół stożka końcowego”, co zdaniem powoda miało uzasadniać nieprawidłowy sposób leczenia powoda i związane z tym żądanie zadośćuczynienia i renty od pozwanego szpitala (...) / opinia główna k - 80 do 89 i opinia uzupełniająca k - 107 i 108 /.

Skoro zatem do istnienia odpowiedzialności pozwanego szpitala konieczne było wykazanie jego winy, szkody i związku przyczynowego i wszystkie te przesłanki muszą powstać łącznie, brak jednej z nich wyklucza odpowiedzialność pozwanego, co skutkowało musiałoby oddaleniem powództwa jako nieudowodnionego.

Mając to wszystko na względzie, wobec oddalenia powództwa jako niezasadnego, z uwzględnieniem postanowień art. 98 k.p.c. należało obciążyć powoda kosztami zastępstwa procesowego pozwanego, gdyż jak to wynika z treści przepisu art. 108 Ustawy z dnia 28 lipca 2005r o kosztach sądowych w sprawach cywilnych / Dz. U Nr 167 poz. 1398 z

późniejszymi zmianami /, zwolnienie od kosztów sądowych, nie zwalnia strony z obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi.

Apelacje od powyższego orzeczenia założył powód zaskarżając powyższy wyrok w i zarzucając mu:

- naruszenie prawa materialnego, w szczególności art. 415, 444 i 445 k.c. w związku z art. 355 § 1 k.c. i art. 6 k.c. przez przyjęcie, że strona powodowa nie zdołał udowodnić bezprawnego działania w postaci niezachowania należytej staranności i ostrożności zawodowej przez pozwanego, na skutek którego doszło rozstroju zdrowia u powoda,
- naruszenie prawa procesowego, a w szczególności: art. 233 § 1 k.p.c.- poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na oparciu zaskarżonego wyroku w całości jedynie na błędnych opiniach, a całkowitym pominięciu innych dowodów wnioskowanych przez stronę powodową, art. 328 § 2 k.p.c. - poprzez niewskazane w uzasadnieniu wyroku przyczyn, dla których Sąd I Instancji odmówił wiarygodności innym dowodom powołanym w sprawie, a zgłaszanym przez stronę powodową.

Wskazując na powyższe zarzuty, skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości, poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia - przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podniósł między innymi, że z znaczącej części ustaleń Sądu I Instancji, w biegu procesu, wynikało wprost, że tylko dlatego, iż przed zdarzeniem z dnia 8 lutego 2008r. (dolegliwość bólowa, którą powód doznał w domu w trakcie nagłego podniesienia się z fotela) u powoda postawiono rozpoznanie stwardnienia rozsianego, czyli ustalono, że cierpi on na postępujący i nieuleczalny proces objawiający się różnorodnymi zewnętrznymi cechami neurologicznymi, odstąpiono od przeprowadzenia diagnostyki pourazowej uważając, że objawy, które powód wówczas zgłasza nie wynikają z możliwego uszkodzenia z dnia 8 lutego 2008r., ale są zadeklarowanymi objawami trwającego u niego od wielu lat schorzenia demielinizacyjnego. W dalszych postępowaniach diagnostycznych, przeprowadzono dowód, iż powód na schorzenie stwardnienie rozsiane nie cierpi, a więc musiało to prowadzić do wniosku, że wniosek Szpitala pozwanego, że są to jednak objawy związane z chorobą demielinizacyjną jednoznacznie był diagnozą nieprawdziwą. Powyższe w ocenie skarżącego musiało prowadzić do wniosku, że w następstwie uszkodzenia neurologicznego, które powstało w dniu 8 lutego 2008r. u powoda doszło do wyzwolenia się objawów neurologicznych, na które wcześniej w ogóle nie cierpiał, a co za tym idzie, tylko w wyniku zaniedbania różnicowania przyczyn występowania tych objawów, pozwany wówczas odstąpił od możliwego leczenia i w ten sposób doszło do nieodwracalnego kalectwa powoda.

Zdaniem skarżącego pozwany miał możliwość wdrożenia takiego postępowania sprawdzającego, a także posiadał stosowną wiedzę co do domniemania, że nieprzeprowadzenie takiej kontroli ustaleń wcześniejszych, może wiązać się z ujemnymi skutkami dla zdrowia pacjenta, a więc lekarze pozwanego znajdowali się w sytuacji osoby, która może przewidzieć negatywne skutki swego działania, jednakże godzi się z tym, w nadziei, że takie skutki nie wystąpią. Tego warunku sine qua non Sad I Instancji nie wziął pod uwagę.

W następstwie powyższych twierdzeń powód podniósł, że winą pozwanego jest nieumyślne, ale istotne dla dalszych losów jego nie staranne postępowanie, a w tym bezkrytyczne przyjęcie poglądu, że powód cierpi na stwardnienie rozsiane i tylko dlatego występują u niego objawy neurologiczne. Z tych też przyczyn opiniowanie biegłych było niepełne i nie mogło stanowić podstawy do dokonania precyzyjnych ustaleń faktycznych przez Sąd, który nie wziął tych wszystkich, a wyżej wymienionych kwestii pod uwagę, a przecież niewątpliwie należało zauważyć, iż w przypadku tak kruchej materii jaką jest życie i zdrowie człowieka lekarz nie może pozwolić sobie na snucie i przyjęcie pewnych założeń, a więc dowolność i nie patrząc na wcześniejsze rozpoznanie stwardnienia rozsianego w tym przypadku, mógł i powinien sprawdzić słuszność takiego poglądu, bowiem należało postąpić w sposób indywidualny i traktować objawy neurologiczne powypadkowe w sferze najwyższej należytej staranności wymaganej w tego typu przypadkach, bowiem tylko pod takim warunkiem, możliwość zastosowania błędnej procedury medycznej byłaby w większym



stopniu wyeliminowana. Skarżący wskazał, że powyższe poglądy nie są jego własne, ale wynikają wprost z doktryny prawa utrwalonej m.in. wywodami zawartymi w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10.02.2010r., V CSK 287/09.

Skarżący zakwestionował ustalenie sądu pierwszej instancji, iż wyniki badań dawały jednoznaczne podstawy do wykluczenia występowania u powoda zarówno zespołu ogona końskiego jak i zespołu stożka końcowego, oraz nie dawały podstaw do rozważenia leczenia. Właśnie ta okoliczność była przyczyną, że powód składał pod koniec procesu wnioski o wydanie opinii od innego zespołu biegłych, bowiem tego wniosku Sąd Okręgowy nie uwzględnił, zbyt pochopnie ustalając, że wydane opinie biegłych spełniają wszelkie kryteria.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje.

Apelacja jest nieuzasadniona.

W pierwszej kolejności, należy odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego, ich ocena determinuje bowiem ustalenie czy w omawianej sprawie sąd pierwszej instancji naruszył prawo materialne.

Wnosząc apelację strona powodowa zarzuciła sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów polegającym na oparciu zaskarżonego wyroku w całości jedynie na błędnych opiniach, a całkowitym pominięciu innych dowodów wnioskowanych przez stronę powodową. W uzasadnieniu apelacji nie wskazano jednocześnie jakie dowody zdaniem skarżącego zostały pominięte przez sąd pierwszej instancji, jakim dowodom sąd pierwszej instancji odmówił bezpodstawnie wiarygodności. Skarżący wskazał jedynie, na nieprawidłową w jego ocenie decyzję sądu pierwszej instancji o oddaleniu wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego instytutu wskazując na potrzebę powołania kolejnego zespołu biegłych. W ocenie Sądu Apelacyjnego oddalając wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych, sąd pierwszej instancji nie naruszył przepisu art. 286 k.p.c., ani tym bardziej art. 233 k.p.c. Przesłanki dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego lub instytutu naukowego nie są dowolne. Art. 286 k.p.c. pozostawia uznaniu sądu zażądanie dodatkowej opinii innych biegłych, przy czym potrzeba dodatkowej opinii winna wynikać z tego, że złożona opinia jest niepełna lub niejasna. Nie zachodzi zaś potrzeba powołania dodatkowej opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych ( vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 1 grudnia 2010 r. sygn. akt I ACa 856/10 ). W omawianej sprawie powód nie podważył skutecznie opinii instytutu: (...) (...) w T. - Zakładu Medycyny Sądowej w B., a przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji, że wskazana opinia spełnia wszystkie kryteria nie było z pewnością pochopne. Kluczowe dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy było wynikające z kwestionowanej opinii ustalenie, że powód nie wymagał w lutym 2008 r. interwencji neurochirurgicznej, a nieprawidłowości w diagnostyce, jakich dopuścił się pozwany szpital nie miały negatywnego wpływu na stan jego zdrowia. Powód skutecznie nie zakwestionował powyższych ustaleń, ani w piśmie zawierającym wniosek o powołanie innych biegłych, ani w skardze apelacyjnej. Podkreślić należy, że powyższe ustalenia wynikają nie tylko z powołanej opinii, ale znajdują swoje potwierdzenie w zgromadzonej dokumentacji medycznej związanej z późniejszym leczeniem szpitalnym powoda. Biorąc pod uwagę okoliczność, że nawet po prawidłowej diagnozie ( wykluczającej występowanie stwardnienia rozsianego ) nie wdrożono żadnego innego leczenia, wykluczając tym samym potrzebę poddania powoda jakimkolwiek zabiegowi chirurgicznemu, oraz że dalsza szeroka diagnostyka powoda prowadzona w ramach innych zakładów opieki medycznej nie przyniosła ustaleń w zakresie przyczyn dolegliwości na które cierpi powód wnioski wynikające z opinii biegłych uznać należy za prawidłowe. W konsekwencji omawiany zarzut apelacji nie może odnieść oczekiwanego przez stronę powodową skutku, sprowadza się on jedynie do niczym nie uzasadnionej polemiki z ustaleniami sądu okręgowego, polemiki wynikającej z braku akceptacji dla poczynionych ustaleń.

Analiza treści uzasadnienia Sądu pierwszej instancji nie daje również podstaw do uwzględnienia drugiego z zgłoszonych zarzutów procesowych – zarzutu naruszenia art. 328 k.p.c. Uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia zawiera wszystkie wymagane wskazanym przepisem elementy. Sąd Okręgowy dokonał w szczególności prawidłowej i wnikliwej oceny przeprowadzonych w sprawie dowodów.

Powyższe uwagi upoważniają do konkluzji, że ustalenia sądu pierwszej instancji są prawidłowe i że Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne.

Na uwzględnienie nie zasługują również zarzuty naruszenia prawa materialnego: art. 415, 444 i 445 k.c. w związku z art. 355 § 1 k.c. i art. 6 k.c. przez przyjęcie, że powód nie zdołał udowodnić bezprawnego działania w postaci niezachowania należytej staranności i ostrożności zawodowej przez pozwanego, na skutek którego doszło rozstroju zdrowia u powoda.

Sąd Apelacyjny nie podziela powyższych zarzutów, uznając że ich sformułowanie wynika z niezrozumienia rzeczywistych przyczyn oddalenia powództwa. W omawianej sprawie sąd pierwszej instancji wbrew twierdzeniom skarżącego ustalił, że pozwany szpital dopuścił się w leczeniu skarżącego uchybienia polegającego na nienależytej staranności. Uchybienie powyższe polegało na nie dość dokładnej diagnostyce w trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu i w konsekwencji przyjęciu niewłaściwego rozpoznania. Powyższe pozwala na postawieniu pozwanemu zarzutu zawinienia, który mógłby w konsekwencji prowadzić do uwzględnienia przynajmniej co do zasady zgłoszonych przez powoda roszczeń. Warunkiem zasądzenia renty i zadośćuczynienia jest jednak nie tylko stwierdzenie zawinienia ale również ustalenie, że w jego następstwie powstała po stronie pokrzywdzonego szkoda. Renta i zadośćuczynienie mają na celu wyrównanie skutków majątkowych i niemajątkowych powstałych w konsekwencji zawinionego działania lub zaniechania osoby odpowiedzialnej za powstanie zdarzenia wywołującego szkodę. Jednakże, jak słusznie zaznaczył sąd pierwszej instancji zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa swego działania lub zaniechania ( art. 361 § 1 k.c.). Przepis ten odnosi się do jednej z koniecznych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, jaką jest związek przyczynowy. Wypowiedziano w nim zasadę adekwatnej przyczynowości. Bez spełnienia warunku, iż między określonym zdarzeniem obciążającym (przypisanym przez przepis prawny) zobowiązanego do odszkodowania a powstałą szkodą istnieje związek przyczynowy, roszczenie odszkodowawcze nie powstanie. Skonstruowanie na potrzeby odpowiedzialności właściwego związku przyczynowego jest więc zagadnieniem podstawowym, ponieważ wpływa na kształt roszczenia odszkodowawczego, a w konsekwencji decyduje o prawach poszkodowanego wierzyciela i obowiązkach dłużnika. W omawianej sprawie brak wymaganego powołanym przepisem art. 361 § 1 k.c. związku przyczynowego jest oczywisty. Błędy diagnostyczne jakich dopuścił się pozwany szpital nie miały żadnego znaczenia dla stanu zdrowia powoda. Do powyższego stwierdzenia upoważnia treść opinii (...) (...)w T. - Zakładu Medycyny Sądowej w B., z której wynika, że również w dacie orzekania nie można ustalić przyczyn pogorszenia stanu zdrowia powoda i co za tym idzie wdrożyć właściwego leczenia. W kontekście powyższych ustaleń za nieuprawnione należy uznać twierdzenia zawarte w uzasadnieniu apelacji zgodnie z którymi, w następstwie uszkodzenia neurologicznego, które powstało w dniu 8 lutego 2008r. u powoda doszło do wyzwolenia się objawów neurologicznych, na które wcześniej w ogóle nie cierpiał, a co za tym idzie, tylko w wyniku zaniedbania różnicowania przyczyn występowania tych objawów, pozwany wówczas odstąpił od możliwego leczenia i w ten sposób doszło do nieodwracalnego kalectwa powoda. Nieprawdziwość powyższych twierdzeń wynika w pierwszej kolejności z okoliczności, że problemy neurologiczne u powoda pojawiły się pod koniec pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych, a więc wiele lat przed zdarzeniem skutkującym pobyt w pozwanym szpitalu w lutym 2008 r. Ponadto już jesienią 2008 r. na skutek właściwej diagnostyki wykluczono u powoda SM, powyższe jednak wobec braku rozpoznania przyczyn dolegliwości, na które cierpi nie pozwoliło na wdrożenie właściwej metody leczenia.

Warunkiem przyznania renty i zadośćuczynienia jest stosownie do treści przepisu art. 444 § 1 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. uszkodzenie ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Dlatego też warunkiem skutecznego domagania się naprawienia szkody na osobie (oprócz faktu jej wyrządzenia) jest związek przyczynowy pomiędzy określonym faktem, z którym norma prawna wiąże obowiązek odszkodowawczy a szkodą, pojmowaną w omawianym przypadku jako uszczerbek majątkowy. Powyższe stanowisko potwierdza pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z 17 czerwca 2009 r. ( sygn. akt IV CSK 37/09 ), zgodnie z którym związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 KC), ale nie musi być bezpośredni. Zaniechanie, obejmujące opóźnienie zawinione przez lekarza, powoduje odpowiedzialność za pogorszenie stanu zdrowia w takim zakresie, w jakim pogorszenie to pozostaje jego normalnym następstwem. Poczynione w przedmiotowej sprawie ustalenia wykluczają przyjęcie, że rozstrój zdrowia powoda

był konsekwencją zawinionego działania pozwanego szpitala, a co za tym idzie brak jakichkolwiek podstaw do uwzględnienia dochodzonych pozwem roszczeń.

Mając powyższe na uwadze Sad Apelacyjny na podstawie przepisu art. 385 k.p.c. orzekł o oddaleniu wniesionej apelacji.

Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążenia powoda kosztami procesu za instancje odwoławczą. Podstawę powyższego rozstrzygnięcia stanowi przepis art. 102 k.p.c. Sytuacja życiowa pozwanego, związana z jego stanem zdrowia, brakiem perspektyw wyleczenia uzasadnia uznanie, że mamy do czynienia ze szczególnie uzasadnionym przypadkiem w rozumieniu powołanego przepisu.