

Sygn. akt I C 737/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lutego 2021 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Renata Lech

Protokolant: sekretarz sądowy Daria Bernacka

po rozpoznaniu w dniu 10 lutego 2021r. w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. K. (1)**

przeciwko **(...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

1. oddała powództwo;

2. nie obciąża powódki A. K. (1) obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W..

Sygn. akt I C 737/17

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 1 czerwca 2017 roku małoletnia powódka **A. K. (1) reprezentowana przez przedstawiciela ustawowego matkę A. K. (2)** zastępowana przez radcę prawnego K. B. wносиła o zasądzenie od pozwanego **(...) S.A. z siedzibą w W.** następujących kwot:

a/ 66.000,00 zł (sześćdziesiąt sześć tysięcy) tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 lutego 2017 roku do dnia zapłaty na podstawie **art.446§ 4 k.c.**;

b/ 5.000,00 zł (pięć tysięcy) tytułem odszkodowania z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 lutego 2017 roku do dnia zapłaty na podstawie **art.446§ 3 k.c.**;

c/ 450,00 złotych (czteryście pięćdziesiąt) renty miesięcznej, poczynając od dnia 1 grudnia 2016 roku, płatnej z góry do 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie uchybienia płatności którejkolwiek z rat na podstawie **art.446§ 2k.c.**, a także zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego.

(k.3-9 v.)

W odpowiedzi na pozew z dnia 8 sierpnia 2017 roku pozwany **(...) S.A. z siedzibą w W.** reprezentowany przez radcę prawnego D. T. wносиł o oddalenie powództwa, zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej - (...) S.A. w W. kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa pełnomocnika będącego radcą prawnym wraz z opłatą od pełnomocnictwa.

Strona pozwana - (...) S.A. w W. przyznała fakt, iż w okresie od dnia 1 października 2015 r. do dnia 30 września 2016 r. udzielała ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (...) Spółka z o.o. w T..

Strona pozwana podtrzymała w całości stanowisko zaprezentowane w decyzji z dnia 20 lutego 2017 r.

Powództwo nie jest zasadne, a w konsekwencji powinno podlegać oddaleniu.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. w W. stanowi przepis art. 805 k.c. w związku z zawarciem w 2015 r. z (...) Spółka z o.o. w T. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany ubezpieczyciel odpowiada jednak o tyle, o ile uprzednio wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej ubezpieczonej Spółki wskazane w przepisie art. 430 k.c., odpowiedzialność bowiem zakładu ubezpieczeń ma charakter gwarancyjny.

Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przytoczona norma prawna statuuje cztery przesłanki odpowiedzialności na tej podstawie: powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności oraz związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego, a szkodą. Zobowiązany za szkodę ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działaniami lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Pomiędzy stanem rzeczy określonym jako przyczyna, a stanem rzeczy uznawanym za szkodę musi istnieć adekwatny związek przyczynowy. Naprawienie szkody obejmuje, zgodnie z art. 361 § 2 k.c., co do zasady, straty które poszkodowany poniósł (damnum emergens) oraz korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie wyrządzono mu szkody (lucrum cessans).

Ciężar przy tym dowodu wszystkich powyższych okoliczności decydujących w rozpoznawanej sprawie o odpowiedzialności podmiotu ubezpieczonego, a co za tym idzie strony pozwanej - (...), obciąża powódkę, co wynika zarówno z przepisu art. 6 k.c., jak i na gruncie prawa procesowego z art. 232 k.p.c., stanowiących, iż ciężar udowodnienia danego faktu spoczywa na tym, kto z tego faktu wywodzi skutki prawne.

Pozwany wskazał, że wobec braku odpowiedzialności ubezpieczonego, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, a tym samym zasadności wniesionego powództwa.

Na obecnym etapie postępowania powódka nie wykazała, nie tylko winy podmiotu ubezpieczonego, a w konsekwencji strony pozwanej, ale przede wszystkim nie wykazała adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy ewentualnym zawinionym działaniem (zaniechaniem) personelu medycznego (...) Spółka z o.o. w T., a powstałą szkodą w postaci śmierci A. K. (3).

(k. 84-86)

Ostatecznie pełnomocnik powódki poparł swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie .

(k.298)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. K. (3) był ojcem powódki A. K. (1) .

(bezsporne)

W godzinach wieczornych w dniu 04.08.2015 r. z powodu kołatania serca w godzinach rannych ze skierowaniem od lekarza POZ A. K. (3) zgłosił się do (...) Centrum (...). Od 2 dni chory nie przyjmował leków, był po spożyciu alkoholu. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze, napadowe migotanie przedsionków. W chwili przyjęcia chory był przytomny, w kontakcie słownym, bez dolegliwości stenokardialnych, bez duszności.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy (poza stwierdzeniem obecności alkoholu we krwi), w wykonanym zapisie ekg stwierdzono rytm serca zatokowy miarowy, bez cech świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego i zaburzeń rytmu serca, RR 150/100 mmHg. Badaniem przedmiotowym z odchyłeń od normy u chorego stwierdzono otyłość, brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, obrzęki obwodowe śladowe w okolicy stawów skokowo-goleniowych. Na podstawie otrzymanych wyników badań laboratoryjnych oraz obserwacji w (...) i przeprowadzonego badania klinicznego chory był leczony zachowawczo, stan chorego pozostawał stabilny - nie stwierdzono wskazań do hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Zalecono choremu kontrolę w POZ, systematyczną kontrolę RR, regularne przyjmowanie leków.

W dniu 22.08.2016 r. A. K. (3) zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu bólu okolicy nerkowej i problemów z oddawaniem moczu.

W badaniu fizykalnym lekarz stwierdził objaw G. +/-, zalecił leki: F. 3x1, wykonanie badań, wydał skierowanie do urologa i zwolnienie z pracy.

Termin wizyty u lekarza urologa został ustalony na 28 września, wcześniejszych terminów nie było.

Lekarz rodzinny po zapoznaniu się z wynikami badań laboratoryjnych i ocenie stanu pacjenta podjął decyzję o konieczności leczenia szpitalnego.

W dniu 31.08.2016 r. A. K. (3) zgłosił się do (...) Centrum (...) z powodu skąpomoczu. W chwili przyjęcia chory zgłaszał dolegliwości bólowe brzucha, bóle kręgosłupa. Badaniem przedmiotowym u chorego stwierdzono otyłość olbrzymią, brzuch nieco wzdęty, bez objawów otrzewnowych z prawidłową perystaltyką jelit. Badanie krwi wykazało obecność alkoholu (2,24 promila) - w pozostałych badaniach laboratoryjnych bez istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Założono cewnik do pęcherza moczowego, uzyskując odpływ niewielkiej ilości moczu.

Po podaniu choremu leków przeciwbólowych i rozkurczowych zgłaszane przez niego dolegliwości bólowe znacznie zmniejszyły się - stwierdzono brak wskazań do hospitalizacji. Zalecono dalsze leczenie w Poradni Urologicznej.

Stan ogólny A. K. (3) w następnych dniach nie uległ poprawie, wręcz ulegał nasileniu. Postępowało osłabienie, nasilało się szybkie męczenie, wzmagaly się dolegliwości bólowe w okolicy pleców i kręgosłupa, występowały wymioty treścią pokarmową, luźne stolce. Z powodu narastania objawów chorobowych został w dniu 03.09.2016 r. w ramach pomocy doraźnej wezwany (...). Na podstawie przeprowadzonego badania przez lekarza (...), zlecono doraźne (domięśniowo) podanie pacjentowi metoklopramidu, jednocześnie zalecając dalsze leczenie farmakologiczne w ramach postępowania ambulatoryjnego. Podczas wizyty nie wykonano i nie zlecono w dniu następnym badań laboratoryjnych (kontrolnych np. w stosunku do tych, które były wykonane wcześniej, tj. 31.08.2016 r.). W tym dniu nie stwierdzono u pacjenta wskazań do jego leczenia w warunkach szpitalnych.

W dniu 04.09.2016 r. z powodu pogorszenia się stanu ogólnego, w tym nasilenia się duszności spoczynkowej z towarzyszącymi zlewnymi potami oraz bólem brzucha A. K. (3) został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych (...) Centrum (...) w T.. Podczas przyjęcia chory zgłaszał występowanie objawów dyzurycznych (od 2 dni bezmocz), wzmożone pragnienie, nudności, luźne stolce. Przy przyjęciu chory był w stanie ogólnym średnio-ciężkim, przytomny - w zachowanym kontakcie słowno-logicznym. Badaniem przedmiotowym stwierdzono pojedyncze trzeszczenia u podstawy płuc (saturacja O_2 89%), akcję serca miarową i przyspieszoną do 100/min., RR 100/60 mm Hg, brzuch miękki, niebolesny, bez patologicznych oporów i objawów otrzewnowych, śladowe obrzęki na kończynach dolnych. Po założeniu cewnika do pęcherza moczowego stwierdzono brak diurezy. Zlecono i wykonano szereg badań diagnostycznych stwierdzając m.in. znaczny wzrost laboratoryjnych parametrów stanu zapalnego, hiperglikemię, cechy uszkodzenia nerek oraz zaburzenia elektrolitowe; badaniem radiologicznym stwierdzono zmiany zapalne w zakresie lewego płuca z niewielką ilością płynu w lewym kącie przeponowo-żebrowym. Poza tym u chorego wykonano USG jamy brzusznej, EKG. W trakcie hospitalizacji A. K. (3) był leczony zachowawczo, w tym m.in. stosowano

insulinoterapię (we wlewie dożylnym), płynoterapię, antybiotykoterapię, tlenoterapię. Chory był monitorowany w ramach S. Intensywnego Nadzoru. Pomimo stosowanego leczenia nie uzyskano diurezy.

W dniu 05.09.2016 r. ok. godz. 14:00 w trakcie spożywania posiłku wystąpił u chorego napad drgawek z następczym nagłym zachłystowym zaaspirowaniem treści pokarmowej do dróg oddechowych. W tym mechanizmie doszło do zatrzymania oddechu z następczym zatrzymaniem krążenia. Po tym fakcie rozpoczęto czynności resuscytacyjne z jednoczesnym wezwaniem zespołu anestezyjologicznego. W wyniku wdrożonych czynności leczniczych uzyskano powrót czynności serca, pacjenta podłączono do respiratora na oddechu wspomagany.

Około godz.19:00 tego samego dnia wystąpiło ponowne zatrzymanie krążenia. Pomimo podjętych czynności resuscytacyjnych nie uzyskano powrotu czynności hemodynamicznej serca - o godz. 20:10 stwierdzono zgon A. K. (3).

(**dowód:** historia choroby Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w Spale - wpis z dnia 22 sierpnia 2016 roku **k.12-19 v.**, karta wizyty w Poradni Urologicznej **k.20**; karta leczenia ambulatoryjnego w (...) ((...)) - (...) Sp. z o.o., Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć, T., 04.08.2015 - brak wskazań do hospitalizacji (w tym Zalecenia: zalecona kontrola w Poradni POZ, systematyczna kontrola wartości ciśnienia tętniczego, regularne przyjmowanie leków) **k.119-120**, karta leczenia ambulatoryjnego w (...) ((...)) - (...) Sp. z o.o., Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć, T., 31.08.2016 18:04-20:55 - brak wskazań do hospitalizacji **k.21-22**, historia choroby Poradni Nocnej Pomocy Lekarskiej (03.09.2016) **k.26**, historia choroby Poradni Nocnej Pomocy Lekarskiej (04.09.2016) **k.27-29**, karta informacyjna ((...)) - (...) Sp. z o.o., Oddział Chorób Wewnętrznych, T., 04-05.09.2016, D.: O. niewydolność nerek, nie określona. Zaburzenia elektrolitowe. Cukrzyca de novo. Nieokreślone zapalenie płuc. Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej. Nadciśnienie tętnicze. Dna moczanowa. Zespół zależności alkoholowej. Stan po ciągu alkoholowym. Otyłość **k.30-31**, historia choroby- (...), S. ul. (...), Filia-B. **k.12-19 v.**, **k.106-118**, **k.122-140**, wynik badania USG jamy brzusznej (31.08.2016 - badanie w trybie pilnym, dyżurowym) **k.24**, nagranie audio-vidoe z dnia 11 października 2017 roku zeznania świadka M. K. (1) 00:04:44- 00:05:25 **k.147 v.**, **150**, zeznania świadka D. K. 00:14:21-00:18:30 **k.148**, **148 v.**, **150**, nagranie audio-vidoe z dnia 8 listopada 2017 roku zeznania świadka K. K. 00:01:49- 00:04:55 **k.155 v.**, **157**, nagranie audio-vidoe z dnia 10 lutego 2021 roku zeznania świadka A. K. (2) 00:11:28- 00:18:10 **k.297-297 v.**)

W dniu 30.09.2016 r. A. K. (2) - żona zmarłego, wystąpiła o nadesłanie dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego A. K. (3), którą nadesłano w dniu 10.10.2016 r.

Następnie w dniu 19.10.2016 r. pełnomocnik zgłosił szkodę do (...) Centrum (...) w T. w imieniu A. i A. K. (1), a w dniu 08.11.2016 r. w imieniu D. K..

Pismem z dnia 24.11.2016 r. szpital odmówił przyjęcia odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie medyczne, stwierdzając, że śmierć pacjenta nie była spowodowana nieprawidłowym leczeniem w tutejszej placówce medycznej.

(**dowód:** dokumentacja medyczna dotycząca A. K. (3) **k.32-52 v.**, zgłoszenie szkody wraz z wezwaniem do zapłaty z dnia 19 października 2016 roku **k.53-57**, pismo szpitala z dnia 24 listopada 2016 roku **k.58**)

Następnie pełnomocnik powódki pismem z dnia 29.12.2016 roku zgłosił szkodę pozwanemu i wezwał do zapłaty skonkretyzowanych w piśmie kwot.

Pozwany pismem z dnia 20.02.2017 r. nie uznał swojej odpowiedzialności, co więcej ponownie zażądał dokumentów, które zostały już przedłożone pozwanemu we wcześniejszych pismach.

(**dowód:** zgłoszenie szkody wraz z wezwaniem do zapłaty z dnia 29.12.2016 r. **k.59-63**,

pismo pozwanego z dnia 20.02.2017 r. **k.64**, **64 v.**,

pismo pełnomocnika powódki z dnia 14.03.2017 r. **k.66**)

Na podstawie dokumentacji medycznej **biegła nefrolog nie stwierdziła nieprawidłowości w leczeniu pacjenta A. K. (3) w (...) Centrum (...)**. Chory nie był leczony hemodializami, ponieważ w chwili przyjęcia ani w dniu następnym jego stan kliniczny jak i biochemiczny nie stanowił podstawy do zastosowania leczenia nerkozastępczego.

W dniu zgłoszenia się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) zo.o. w T. pacjent A. K. (3) miał wykonane badanie podmiotowe i przedmiotowe, badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne - USG jamy brzusznej, **w których biegła nie stwierdziła nieprawidłowości wymagających hospitalizacji. Nie było wskazań do hospitalizacji pacjenta. Wskazane leczenie w poradni urologicznej lub POZ.**

(**dowód:** opinia biegłego specjalisty chorób wewnętrznych i nefrologii dr A. W. **k.160-163**)

Na podstawie akt sprawy oraz zawartej w nich dokumentacji medycznej ze względów internistycznych u zmarłego A. K. (3) biegły rozpoznał:

- ostrą niewydolność nerek;
- zakażenie układu moczowego;
- zapalenie płuc;
- cukrzycę leczoną insuliną;
- nadciśnienie tętnicze;
- kardiomiopatię w okresie przewlekłej niewydolności krążenia;
- dnę moczanową;
- stłuszczenie wątroby, najprawdopodobniej w przebiegu choroby alkoholowej wątroby;
- zespół zależności alkoholowej;
- otyłość;

Z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że zmarły A. K. (3) był osobą, która ze względów internistycznych wymagała przewlekłego leczenia farmakologicznego, wręcz leczenia systematycznego oraz osobą wymagającą ze względu na charakter występujących u niego przewlekłych schorzeń internistycznych okresowej kontroli lekarskiej, przestrzegania zasad leczenia dietetycznego oraz kategorycznego przestrzegania zakazu spożywania alkoholu.

Według oceny biegłego należy przyjąć, że nasilenie dolegliwości chorobowych z następczym ciągiem zdarzeń, w tym zaburzeń ogólnoustrojowych i metabolicznych, które wystąpiły u A. K. (3) w omawianym okresie, były w znacznej mierze związane z dużym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością z jednej strony z nieprzestrzeganiem rygorów leczenia, jak również - ze spożywaniem przez niego alkoholu. Nawet w dniu 31.08.2016 r., kiedy ze względu na postępujące objawy chorobowe zgłosił się do (...)u w celach diagnostyczno-leczniczych był po spożyciu alkoholu (stwierdzono 2,24 promila we krwi).

W dniu 31.08.2016 r. ze względu na skąpomocz, dolegliwości bólowe w zakresie brzucha i kręgosłupa A. K. (3) zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć (...) Centrum (...). Badaniem przedmiotowym stwierdzono u pacjenta otyłość olbrzymią, brzuch nieco wzdęty, bez objawów otrzewnowych, prawidłową perystaltykę jelit. W wykonanych badaniach laboratoryjnych z odchyień od normy stwierdzono m.in.: obecność alkoholu we krwi, wzrost parametrów świadczących o upośledzonej czynności nerek (mocznik, kreatynina, eGFR). W pozostałych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyień od stanu prawidłowego. Po założeniu cewnika

uzyskano niewielką ilość moczu (zlecono usunięcie cewnika w warunkach ambulatoryjnych w dniu następnym). Po doraźnie zastosowanym leczeniu farmakologicznym zgłaszane przez pacjenta dolegliwości uległy zmniejszeniu. Na podstawie przeprowadzonego badania oraz otrzymanych wyników badań dodatkowych (w tym USG jamy brzusznej) **stwierdzono brak wskazań w danej chwili do hospitalizacji**. Z dostępnej dokumentacji medycznej, według oceny biegłego wynika, że **na podstawie przeprowadzonego badania podmiotowego, przedmiotowego oraz wyników przeprowadzonych badań dodatkowych w tym dniu nie było bezwzględnych wskazań u A. K. (3) do hospitalizacji w trybie pilnym**. Koniecznym jednak było bezwzględne (w trybie pilnym) zalecenie pacjentowi kontroli lekarskiej i laboratoryjnej w następnych dniach.

Z powodu stopniowego, postępującego pogarszania się stanu ogólnego A. K. (3), utraty apetytu, wystąpienia wymiotów i biegunki oraz wzmożonej potliwości, a także skąpomoczu (mocz oddawał kroplami z bólem), bólów pleców i pojawienia się obrzęku tej okolicy wezwano w ramach wizyty domowej (...) (z lekarzem). Na podstawie przeprowadzonego badania zlecono doraźne leczenie farmakologiczne (podano M. 1 amp. dom.) oraz wydano także zalecenia dla A. K. (3) co do dalszego leczenia i postępowania w warunkach ambulatoryjnych. Pacjent nie został zakwalifikowany w tym momencie do hospitalizacji. Biorąc pod uwagę postępujące u pacjenta A. K. (3) objawy chorobowe przebiegające ze stopniowym nasilaniem się dolegliwości bólowych w okolicy kręgosłupa i pleców, wystąpienie obrzęków, a następnie wymiotów i biegunki, jak również stwierdzonymi wcześniej tj. 31.08.2016 r. laboratoryjnymi parametrami świadczącymi o upośledzonej czynności nerek - właściwym postępowaniem było dalsze leczenie A. K. (3) w warunkach szpitalnych.

W dniu 04.09.2016 r. pacjent A. K. (3) z powodu pogorszenia (postępującego w czasie) stanu ogólnego, nasilonej duszności spoczynkowej, z towarzyszącymi zlewnymi potami, bólem brzucha, został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych pozwanego Szpitala z wstępnym rozpoznaniem cukrzycy insulinozależnej. W trakcie tej hospitalizacji był leczony zachowawczo, stosowano m.in.: dożylny wlew insuliny, płynoterapię, antybiotykoterapię, tlenoterapię - pacjent był monitorowany w ramach S. Intensywnego Nadzoru.

Z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że A. K. (3) chorował na schorzenia o charakterze przewlekłym. Zgon pacjenta nie był wynikiem tylko jednej z tych chorób. W tym przypadku, z dużym prawdopodobieństwem, granicznym i z pewnością, zgon był wynikiem wielu nakładających się na siebie przyczyn, związanych z rozpoznanymi u pacjenta chorobami.

Bezpośrednią przyczyną zdarzeń, które doprowadziły do zgonu pacjenta, było wystąpienie u chorego w trakcie spożywania posiłku w dniu 05.09.2016 r. napadu drgawek z następczym nagłym zachłystowym zaaspirowaniem treści pokarmowej do dróg oddechowych. W konsekwencji wymienionego zdarzenia doszło do zatrzymania oddechu z następczym zatrzymaniem krążenia.

(**dowód:** opinia biegłego specjalisty chorób wewnętrznych i gastroenterologii dr K. G. **k.191-194**, opinia uzupełniająca biegłego specjalisty chorób wewnętrznych i gastroenterologii dr K. G. **k.214-215**)

Dokładna analiza występujących objawów klinicznych u chorego - nudności, wymiotów, bólów brzucha, następnie - rozwój kwasicy metabolicznej typowej dla zatrucia glikolem etylenowym i w ostatecznym efekcie rozwój ostrej niewydolności nerek z bezmoczem stwarza podejrzenie zatrucia glikolem etylenowym. Chory był alkoholikiem od wielu lat i takie prawdopodobieństwo istnieje. Niestety nie badano zawartości glikolu etylenowego we krwi i w moczu. Chory nie informował jaki alkohol spożywał.

Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było zachłyśnięcie treścią pokarmową do dróg oddechowych i w konsekwencji ustanie czynności krążeniowo oddechowej.

Pierwsza reanimacja doprowadziła do powrotu czynności serca. Powtórne zatrzymanie krążenia i brak powrotu skutecznej hemodynamicznej akcji serca doprowadziło do zgonu pacjenta. **Nie można stwierdzić**

nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego w stosunku do A. K. (3) od daty zgłoszenia się jego na Izbę Przyjść do daty zgonu.

(dowód: opinia biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii dr nauk medycznych G. K. **k.236-241,)**

Dokładna analiza występujących objawów klinicznych u chorego - nudności, wymiotów, bólów brzucha, następnie - rozwój kwasicy metabolicznej typowej dla zatrucia glikolem etylenowym i w ostatecznym efekcie rozwój ostrej niewydolności nerek z bezmoczem stwarza podejrzenie zatrucia glikolem etylenowym.

Chory był alkoholikiem od wielu lat i takie prawdopodobieństwo istnieje.

Niestety nie badano zawartości glikolu etylenowego we krwi i w moczu. Chory nie informował jaki alkohol spożywał.

Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było zachłyśnięcie treścią pokarmową do dróg oddechowych i w konsekwencji ustanie czynności krążeniowo oddechowej.

W ocenie biegłego internisty- nefrologa nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości w leczeniu A. K. (3) przez pozwaną placówkę i pozwany personel medyczny, od dnia przejęcia do daty zgonu. Postępowanie lekarskie było prawidłowe.

(dowód: opinia biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii prof. dr hab. med. M. K. **k.267-268)**

Sąd ustalił stan faktyczny w sprawie na podstawie w/w dowodów .

Sąd oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu ewentualnie kolejnego biegłego z zakresu nefrologii na okoliczności poprawności postępowania personelu medycznego pozwanej placówki medycznej w stosunku do A. K. (3) od daty jego zgłoszenia się na Izbę Przyjść do daty zgonu gdyż opinie: biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii dr nauk medycznych G. K., biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii prof. dr hab. med. M. K., biegłego specjalisty chorób wewnętrznych i nefrologii dr A. W. wyczerpująco i precyzyjnie udzieliły odpowiedzi **i w sposób nie budzący wątpliwości wskazują, że w postępowaniu personelu medycznego (...) Centrum (...) nie stwierdzono jakichkolwiek nieprawidłowości.**

W dniu zgłoszenia się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...) zo.o. w T. pacjent A. K. (3) miał wykonane badanie podmiotowe i przedmiotowe, badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne - USG jamy brzusznej, **w których biegła nie stwierdziła nieprawidłowości wymagających hospitalizacji. Nie było wskazań do hospitalizacji pacjenta.** Dlatego też powołanie kolejnego biegłego doprowadziłoby tylko i wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu i doprowadziłoby do przedłużenia niniejszego postępowania. **Postępowanie lekarskie było prawidłowe.**

Dokładna analiza występujących objawów klinicznych u chorego - nudności, wymiotów, bólów brzucha, następnie - rozwój kwasicy metabolicznej typowej dla zatrucia glikolem etylenowym i w ostatecznym efekcie rozwój ostrej niewydolności nerek z bezmoczem stwarza podejrzenie zatrucia glikolem etylenowym.

Chory był alkoholikiem od wielu lat i takie prawdopodobieństwo istnieje. Niestety nie badano zawartości glikolu etylenowego we krwi i w moczu. Chory nie informował jaki alkohol spożywał.

Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było zachłyśnięcie treścią pokarmową do dróg oddechowych i w konsekwencji ustanie czynności krążeniowo oddechowej. Co do przyczyny zgonu A. K. (3) wypowiedział się tak samo biegły specjalista chorób wewnętrznych i gastroenterologii dr K. G..

Według oceny biegłego należy przyjąć, że nasilenie dolegliwości chorobowych z następczym ciągiem zdarzeń, w tym zaburzeń ogólnoustrojowych i metabolicznych, które wystąpiły u A. K. (3) w omawianym okresie, **były w znacznej**

mierze związane z dużym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością z jednej strony z nieprzestrzeganiem rygorów leczenia, jak również - ze spożywaniem przez niego alkoholu.

Dlatego też Sąd wobec opinii biegłych w/w wskazujących na brak w postępowaniu personelu medycznego (...) Centrum (...) jakichkolwiek nieprawidłowości oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii instytutu ewentualnie kolejnego biegłego z zakresu nefrologii na okoliczności poprawności postępowania personelu medycznego pozwanej placówki medycznej w stosunku do A. K. (3) od daty jego zgłoszenia się na Izbę Przyjęć do daty zgonu, a także dowodu z opinii biegłego z zakresu psychiatrii na okoliczność stanu zdrowia psychicznego powódki wywołanego działaniem czynnika w postaci negatywnych emocji związanych ze śmiercią najbliższego członka rodziny oraz uszczerbku na zdrowiu z tym związanego.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawę żądania powodów stanowił **art. 446 § 2, 3 i 4 k.c.**

Zgodnie z ich treścią Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, stosowne odszkodowanie i rentę .

Pozwany zakwestionował roszczenie co do zasady i co do wysokości.

Stosownie zaś do treści **art. 416 k.c.** osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu.

Zgodnie z treścią **art. 6 ust.1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r.** pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. I do świadczeń udzielanych z należytą starannością. (art. 8 w/w ustawy)

Zgodnie zaś z **art.4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry** lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, etyka zawodową i należytą starannością.

Podstawę odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art.430 k.c., który statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie w/w przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art.415 k.c.). Odpowiedzialność wynika natomiast z zawartej przez zakład opieki zdrowotnej z pozwanym umowy ubezpieczenia na podstawie art. 822 kc.

Strona pozwana - (...) S.A. w W. przyznała fakt, iż w okresie od dnia 1 października 2015 r. do dnia 30 września 2016 r. udzielała ochrony ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (...) Spółka z o.o. w T..

Podstawę odpowiedzialności pozwanego (...) S.A. w W. stanowi przepis art. 805 k.c. w związku z zawarciem w 2015 r. z (...) Spółka z o.o. w T. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Pozwany ubezpieczyciel odpowiada jednak o tyle, o ile uprzednio wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej ubezpieczonej Spółki wskazane w przepisie art. 430 k.c., odpowiedzialność bowiem zakładu ubezpieczeń ma charakter gwarancyjny.

Stosownie do treści art.805 k.c. § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;

2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. (§ 2 art.805 k.c.)

Przepisu art. 805 KC, określającego istotę umowy ubezpieczenia, nie można interpretować w ten sposób, że umowa ubezpieczenia nie może zawierać żadnych zastrzeżeń ograniczających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia nie przewidują w oderwaniu od ogólnych warunków ubezpieczenia, żadnych konkretnych przesłanek odpowiedzialności ubezpieczeniowej odnoszących się do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń (tak SN w wyr. z 29.11.1982 r., I CR 407/82, L.; w wyr. SN z 19.5.2016 r., IV CSK 552/15, L., podkreślono jednak, że pojęcie szkody w ubezpieczeniach jest takie samo jak w innych działach prawa odszkodowawczego, ale ich specyfika powoduje modyfikację zasad odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym niekiedy jej wyłączenie).

Odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy ubezpieczenia majątkowego, wyraża się w obowiązku spełnienia świadczenia polegającego na wypłacie odszkodowania za szkodę powstałą w wyniku przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 2 pkt 1 KC). Powstanie zatem tej odpowiedzialności uzależnione jest od wystąpienia przewidzianego umową wypadku, a także od powstania wskutek tego wypadku szkody w majątku ubezpieczonego.

Wątpliwości co do wystąpienia przewidzianego umową wypadku, a tym samym wątpliwość co do wystąpienia szkody oznaczają, że wątpliwa jest także sama odpowiedzialność ubezpieczyciela. Dopóki zaś ubezpieczyciel ma uzasadnione podstawy co do istnienia swojej odpowiedzialności, uprawniony jest do powstrzymania się ze spełnieniem swojego świadczenia (tak SN w wyr. z 15.6.2000 r., II CKN 284/00, L.).

Zgodnie z treścią art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia (§1).

Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia (§ 2).

Istota ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynikająca z art. 822 k.c. sprowadza się więc do tego, że w sytuacji zaistnienia szkód określonych w § 2 tego przepisu, zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia odszkodowania osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za te szkody ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

W niniejszej sprawie na powódzie ciążył obowiązek udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności, w tym również odpowiedzialności deliktowej sprawcy.

Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła." oraz art. 415 kc: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia". Stosownie do treści art. 415 k.c. przesłankami odpowiedzialności za szkodę na osobie są:

1) wina sprawcy szkody,

2) zachowania podmiotu odpowiedzialnego,

3) wystąpienie szkody,

4) normalny związek przyczynowy między takim zachowaniem i powstaniem szkody,

Zgodnie natomiast z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności sprawcy szkody za wystąpienia szkody spoczywa na powódzie.

Powódka natomiast nie sprostала ciężarowi dowodu i nie udowodniła, żadnej z powyższych przesłanek. Powódka nie wskazała także żadnych okoliczności wyjaśniających rozmiar dochodzonych roszczeń i nie przedstawiła żadnych dowodów na ich wysokość.

Opinie biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii dr nauk medycznych G. K., biegłego specjalisty z dziedziny nefrologii prof. dr hab. med. M. K., biegłego specjalisty chorób wewnętrznych i nefrologii dr A. W. wyczerpująco i precyzyjnie udzieliły odpowiedzi i w sposób nie budzący wątpliwości wskazują, że **w postępowaniu personelu medycznego (...) Centrum (...) nie stwierdzono jakichkolwiek nieprawidłowości**. Dlatego też powołanie kolejnego biegłego doprowadziłoby tylko i wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu i doprowadziłoby do przedłużenia niniejszego postępowania.

Postępowanie lekarskie było prawidłowe.

Dokładna analiza występujących objawów klinicznych u chorego - nudności, wymiotów, bólów brzucha, następnie - rozwój kwasicy metabolicznej typowej dla zatrucia glikolem etylenowym i w ostatecznym efekcie rozwój ostrej niewydolności nerek z bezmoczem stwarza podejrzenie zatrucia glikolem etylenowym. Chory był alkoholikiem od wielu lat i takie prawdopodobieństwo istnieje. Niestety nie badano zawartości glikolu etylenowego we krwi i w moczu. Chory nie informował jaki alkohol spożywał.

Bezpośrednią przyczyną zgonu chorego było zachłyśnięcie treścią pokarmową do dróg oddechowych i w konsekwencji ustanie czynności krążeniowo oddechowej. Co do przyczyny zgonu A. K. (3) wypowiedział się tak samo biegły specjalista chorób wewnętrznych i gastroenterologii dr K. G..

Według oceny biegłych należy przyjąć, że nasilenie dolegliwości chorobowych z następczym ciągiem zdarzeń, w tym zaburzeń ogólnoustrojowych i metabolicznych, które wystąpiły u A. K. (3) w omawianym okresie, były w znacznej mierze związane z dużym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością z jednej strony z nieprzestrzeganiem rygorów leczenia, jak również - ze spożywaniem przez niego alkoholu.

Powódka nie wykazała, nie tylko winy podmiotu ubezpieczonego, a w konsekwencji strony pozwanej, ale przede wszystkim nie wykazała adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy ewentualnym zawinionym działaniem (zaniechaniem) personelu medycznego (...) Spółka z o.o. w T., a powstałą szkodą w postaci śmierci A. K. (3).

W szczególności należy podkreślić, iż w świetle przedstawionej dokumentacji medycznej, zachowanie personelu nie wykazywało jakichkolwiek nieprawidłowości.

Wobec braku odpowiedzialności ubezpieczonego, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności gwarancyjnej zakładu ubezpieczeń, a tym samym zasadności wniesionego powództwa.

Mając powyższe na uwadze Sąd oddalił powództwo .

Sąd na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami zastępstwa procesowego na rzecz strony pozwanej i z uwagi na jej sytuację osobistą i finansową, a także z uwagi na charakter roszczeń objętych procesem w niniejszej sprawie.

SSO Renata Lech

ZARZĄDZENIE

1. odnotować zwrot akt w kontrolce terminowości sporządzania uzasadnień;

2. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem przesłać pełnomocnikowi powódki;

Dnia 10 marca 2021 roku

SSO Renata Lech