

Sygnatura akt I C 606/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 25 czerwca 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Sławomir Urbaniak

Protokolant: Irmina Szawica

po rozpoznaniu w dniu 20 czerwca 2013 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa M. G.

przeciwko H. K.

o ustalenie nieważności umowy

I. ustala nieważność umowy dożywocia zawartej pomiędzy Z. K. a H. K. w dniu 10 czerwca 2010 r. w formie aktu notarialnego przed notariuszem A. S. a dotyczącej lokalu mieszkalnego położonego we W. przy ulicy (...);

II. nie obciąża stron kosztami sądowymi;

III. zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

UZASADNIENIE

Powódka M. G. po sprecyzowaniu żądania pozwu przez jej pełnomocnika (k.218-220) domagała się stwierdzenia nieważności umowy dożywocia zawartej w dniu 10.06.2010 r. pomiędzy pozwanymi H. K. a Z. K., powołując się na fakt, iż Z. K. składając oświadczenie woli o przeniesieniu własności nieruchomości na pozwaną nie był w stanie tego uczynić niewadliwie ze względu na chorobę Alzheimera, na którą cierpiał od 5 lat.

W uzasadnieniu powódka podała, że Z. K. był ojcem powódki. Objawy choroby Alzheimera pojawiły się u pozwanego już w 2005r., a od 2007r. był wielokrotnie hospitalizowany i wymagał stałych konsultacji lekarskich. W dniu 10.06.2010r., zaledwie osiem dni po wypisaniu ze szpitala, w wyniku działań podjętych przez pozwaną H. K., podpisał akt notarialny, w którym zawarł z pozwaną umowę dożywocia. W trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczym, w sierpniu 2010r. pozwany został zbadany przez psychiatrę, który w opinii jednoznacznie stwierdził u pozwanego głęboki zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera.

Pozwana H. K. pismem datowanym na dzień 17.08.2011 r. wniosła o oddalenie powództwa w całości. Argumentując swoje stanowisko opisała stosunki rodzinne Z. K. i odwołała się do rozstrzeniowej postawy powódki wobec ojca. Wskazała też na jego konflikt z mężem córki. Pozwana H. K. wskazała dalej, że żaden z lekarzy samodzielnie nie zdiagnozował u Z. K. choroby Alzheimera, jedynie opierając się na ogólnym stanie zdrowia pozwanego opisali jego stan, jako stwarzający podstawy do zdiagnozowania powyższej choroby. H. K. nie zaprzeczała, że stan zdrowia pozwanego znacznie pogorszył się w przeciągu ostatnich 8 tygodni jednak, ogólnie przebieg choroby otępiennej, do których należy choroba A. ma różny przebieg, o zróżnicowanym tempie postępowania zmian w zachowaniu. Wobec powyższego nie można wysnuć wniosku, że w dacie sporządzania czynności notarialnej pozwany Z. K. pozbawiony był władzy umysłowej, co uniemożliwiło mu zawarcie ważnej umowy z pozwaną. Ponadto czynność prawna dokumentowana aktem notarialnym w dniu 10 czerwca 2010 roku odbyła się w siedzibie Kancelarii Notarialnej i była w pełni skuteczna. Do siedziby Kancelarii (...) dotarł o własnych siłach, będąc w pełni świadom miejsca i przyczyny

tej wizyty. Notariusz dokonał wszelkich niezbędnych czynności, w tym dokonał oceny zdolności stron do składania oświadczeń woli zgodnie z dyspozycją art. 80 oraz w szczególności art. 86 ustawy prawo o notariacie.

W trakcie postępowania w dniu (...) r. pozwany Z. K.zmarł. Postanowieniem z dnia 22.09.2011 r. postępowanie w sprawie zostało zawieszono, a następnie podjęte w dniu 7.12.2011r.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Z. K. ur. (...) był ojcem powódki. Od 10 lat prowadził wspólne gospodarstwo domowe z H. K.. Zamieszkiwali we W. przy ul. (...). Z córką M. G. (powódką) nie utrzymywał częstych kontaktów. Byli skonfliktowani.

Dowód: przesłuchanie powódki M. G. e-protokół z dnia 2.08.2012r. 04:01- 20:56, przesłuchanie pozwanej H. K. e-protokół z dnia 2.08.2012r. 20:58 52:53.

Objawy choroby Alzheimera pojawiły się u Z. K. już w 2005 r., a choroba została zdiagnozowana w roku 2007. Od tego czasu Z. K. podjął leczenie. W badaniu TK głowy z dnia 13.10.2007 r. wykazano cechy umiarkowanego zaniku podkorowego.

Dowód: badaniu TK głowy z dnia 13.10. 2007 r. k.272 częściowo przesłuchanie powódki M. G. e-protokół z dnia 2.08.2012r. 04:01- 20:56, częściowo przesłuchanie pozwanej H. K. e-protokół z dnia 2.08.2012r. 20:58 52:53.

W dniu 29.05.2010 r. Z. K., w wieku 75 lat, został przywieziony do Szpitala (...) we W. z powodu z osłabienia, złego samopoczucia, pogorszenia się kontaktu oraz znacznego ograniczenia przyjmowania płynów i pokarmów. Został przyjęty na oddział chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: ciężka niedokrwistość makrocytowa z niedoborem witaminy B 6, zespół otępienny. Przy przyjęciu przytomny, w prostym, mocno ograniczonym kontakcie słownym, nieco spowolniały, momentami z powodu znacznego otępienia nielogiczny. Ze szpitala został wypisany w dniu 2.06. 2010 r. w stanie ogólnym chorego dość dobrym. Zalecono leczenie objawowe łagodnej i średnio zaawansowanej postaci otępienia w chorobie Alzheimera.

Dowód: karta informacyjna z leczenia Z. K.w Szpitalu (...)we W.k.9-10, dokumentacja medyczna Z. K.ze szpitala (...) im F.we W.k. 161-190.

Wkrótce po opuszczeniu szpitala, dnia 10.06.2010 r. Z. K. i H. K. stawili się w kancelarii notarialnej przy ul. (...) we W. i zawarli przed notariuszem umowę dożywocia, na podstawie której Z. K. przeniósł na rzecz H. K. własność lokalu mieszkalnego nr (...) w budynku przy ul (...) - w zamian za zapewnienie utrzymania, przyjęcie go jako domownika, dostarczenie wyżywienia, ubrania, zapewnienie pomocy i opieki w chorobie, sprawienie pogrzebu.

Dowód: umowa dożywocia -akt notarialny z dnia 10.06.2010r. k.73-74.

Z. K. ponownie był hospitalizowany w Szpitalu (...) we W. na oddziale chorób wewnętrznych i geriatry w dniu 23.06.2010 r. Potwierdzono u niego rozpoznanie zespołu otępiennego i ciężkiej niedokrwistości makrocytowej z niedoborem witaminy B. Przyjęty został celem wykonania gastrokopii i kontrolnego badania RTG. Ze względu na brak współpracy (wyrwał gastrokop, kategorycznie nie zgadzając się na wykonanie badania) próba gastrokopii nie powiodła się.

Dowód: karta informacyjna z leczenia Z. K. w Szpitalu (...) k.11.

W dniu 16.07.2010 r. Z. K.wyszedł z domu i zagubił się. Znaleziony został na poczcie, gdzie osłabł bez utraty przytomności. Został przewieziony przez pogotowie ratunkowe do (...) (...) Szpitala (...)we W.. W kontakcie słownym był nielogiczny. H. K.-jako opiekunka- potwierdziła, że Z. K.choruje na chorobę Alzheimera i jest jak „po narkotykach”. Został wypisany do domu albowiem nie wymagał leczenia w ramach dyżuru neurologicznego. Stan ogólny był średnio ciężki. Zalecono konsultację neurologiczną, stwierdzono u pacjenta zaburzenia pamięci, brak orientacji w miejscu i czasie.

Dowód: karta informacyjna- szpitalny oddział ratunkowy 16.07.2010 rok k. 12-13, k. 200-202 , k.263-264.

Z. K., po ponownym osłabnięciu przewieziony został do Zespołu (...)w O., gdzie przebywał w okresie od 29.07.2010 r. do 06.08.2010 r. z rozpoznaniem- zaniki mózgu w chorobie A., miażdżycy uogólnionej. Po wykonaniu TK głowy stwierdzono cechy korowo- podkorowego zaniku mózgu. Nie było wówczas kontaktu logicznego z pacjentem.

Dowód: karta informacyjna z leczenia Z. K. k.14, historia choroby z leczenia Z. K. w (...) w (...).07.2010r.k. 149-158

Od dnia 6.08.2010 r. Z. K. został umieszczony w Ośrodku (...) sp. z.o.o. we W..

Dowód: umowa o świadczenie usług opieki całodobowej k. 25.

W dniu 26.08.2010 r. Z. K. poddany został konsultacjom psychiatrycznym. W czasie badania zachowywał się biernie, nie nawiązywał kontaktu słownego, nie wykazywał zainteresowania otoczeniem, z gniewem wykrzykiwał pojedyncze wulgarne słowa i groźby. Stwierdzono głęboki zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera.

Dowód: konsultacja psychiatryczna z dnia 26.08.2010r. spec. psych M. K., k.28.

Od stycznia 2011r. pozostawał pod stałą opieką lekarską z powodu wielu przewlekłych schorzeń wielonarządowych. Dominowały objawy zespołu otępiennego, jako skutek choroby Alzheimera. Schorzenie to - w związku ze stosowanym leczeniem – przebiegało z okresami pełniejszej świadomości i prawie zupełnego braku kontaktu.

Dnia 16.07.2011 r. Z. K.został przyjęty w stanie bardzo ciężkim, przytomny, w ograniczonym, płytkim kontakcie do Szpitala (...)przy ul (...)we W., gdzie przebywał do dnia (...) r., w którym to dniu nastąpił zgon. Rozpoznano u Z. K.głębokie uszkodzenie (...)w przebiegu choroby Alzheimera, niedokrwiłość.

Dowód: zaświadczenie lekarskie wydane w dniu 18.01. 2011 k.273, zaświadczenie dr P.k. 378, dokumentacja medyczna z K.w Szpitalu (...)k. 280-319, odpis skrócony aktu zgonu k. 103.

Wszystkie dokumenty i zaświadczenia lekarskie dotyczące procesu leczenia Z. K.zostały poddane analizie biegłej sądowej z zakresu psychiatrii J. B. (1). Z oceny tych dokumentów wynika, że u opiniowanego, przy każdej wizycie lekarskiej, rozpoznawano zespół otępienny, w przebiegu choroby Alzheimera. W dniu 29 maja 2010 r. pozwany znajdował się w kontakcie słownym logicznym, spowolniały, a z powodu znacznego otępienia momentami nielogiczny. Z. K.nie był zdolny do podpisania zgody na leczenie, podpisy za niego składała opiekunka H. K.. Dnia 26 czerwca 2010r. przyjęty został do oddziału szpitalnego celem wykonania gastrokopii i kontrolnego badania RTG płuc. Odmówił wówczas współpracy wyrывая gastroskop. Wskazuje to na zaburzenia psychiczne opiniowanego. Człowiek zdrowy, świadomy swego stanu zdrowia, nie odmawiałby poddania się badaniu. Wyrwanie sprzętu diagnostycznego, brak współpracy, świadczy o niezrozumieniu sytuacji, zachowaniu niezgodnym z przyjętymi normami, o braku zdolności do wyrażenia swojej woli. Potwierdza to istnienie otępienia w stopniu dezorganizującym zachowanie, znoszącym krytycyzm. Dnia 16.07.2010r. pacjent przywieziony został na pogotowie po omdleniu i ucieczce z domu, znaleziony na poczcie. Był nielogiczny. Opiekunka H. K.potwierdziła, że choruje na chorobę Alzheimera i zachowuje się jak „po narkotykach”. Przebywając w Zespole (...) w O.w okresie od 29.07.2010 r. do 06.08.2010 r. z Z. K.był już bez kontaktu słownego i logicznego z rozpoznaniem: uogólnione zaniki mózgu, nie reagował na słowa. Badanie TK głowy wykazało cechy korowo- podkorowego zaniku mózgu. Za pacjenta podpisuje się H. K.. Jego stan umysłowy potwierdza konsultacja psychiatryczna z dnia 26.08.2010 r. przez spec. psych. M. K.z rozpoznaniem głęboki zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera.

Biegła wskazywała, że znając przebieg choroby Alzheimera należy przypuszczać, że podobny stan występował w czerwcu 2010 roku. Zespół otępienny to zespół objawów w postaci- osłabienia funkcji poznawczych: pamięci (rejestracji, przechowywania, przypominania,) uwagi, spostrzegania, myślenia, zaburzenia planowania, wnioskowania, przewidywania, logicznego myślenia, abstrahowania, zaburzony jest krytycyzm, pojawiają się różne zmiany charakterologiczne np. apatia, obojętność, pobudzenie, czy agresja.

Całość dostępnego materiału pozwala rozpoznać u opiniowanego zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera, który w omawianym okresie - czerwiec 2010 roku osiągnął głęboki poziom. Głębokie zaburzenia otępienne w przebiegu choroby Alzheimera znoszą zdolność do świadomego i swobodnego podejmowania decyzji i wyrażania woli.

Oświadczenie z dnia 10.06.2010 roku zostało przez Z. K. złożone w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera.

Dowód: opinia sądowo-psychiatryczna biegłej specjalisty psychiatrii J. B. k.432-444, ustana opinia uzupełniająca e-protokół z dnia 20.06.2013r. 01:10-22:19.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie powódka dochodziła stwierdzenia nieważności umowy dożywocia zawartej w dniu 10.06.2010 r., powołując się na złożenie przez Z. K. oświadczenia woli w stanie wyłączającym świadomość, a więc na wadę oświadczenia woli z art. 82 k.c. Powódka wskazywała, że Z. K. dokonując rozporządzenia prawem własności nieruchomości na rzecz pozwanej od wielu lat chorował na chorobę Alzheimera i nie był w stanie w sposób świadomy podjąć decyzję i wyrazić swojej woli. W związku z tym oświadczenie to obarczone jest wadą, która powoduje, że czynność prawna dokonana w dniu 10.06.2010 r. jest czynnością nieważną.

W toku postępowania zebrany został obszerny materiał dowodowy, na który składają się: zeznania świadków i stron, karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby pacjenta, zaświadczenia lekarskie oraz opinia sądowo-psychiatryczna lek. psychiatry J. B., w ramach której biegła oceniała całość materiału zgromadzonego w sprawie korzystając ze swojej wiedzy specjalistycznej.

Odnosząc się do treści tego materiału dowodowego wskazać należy, że w ocenie Sądu, zeznania świadków nie przedstawiały istotnej wartości dowodowej, albowiem były nacechowane dużym subiektywizmem. Z jednej strony świadkowie przedstawiali Z. K. jako osobę, z którą w okresie dokonania spornej czynności prawnej, w ogóle nie można było się porozumieć (tak świadkowie powódki), z drugiej zaś strony inni świadkowie wnioskowani przez pozwaną twierdzą, że w codziennej rozmowie kontakt ze Z. K. w tym okresie był zupełnie normalny (np. św. K. K. (1)k. 231). Zeznania te były na tyle rozbieżne i ukierunkowane na osiągnięcie odpowiedniego interesu związanego z rozstrzygnięciem sprawy, że nie można było uznać je za wiarygodne. A przynajmniej z uwagi na występujące powiązania rodzinne, należało je traktować z dużą ostrożnością. Z kolei część zeznań osób nie związanych bezpośrednio ze stronami procesu (św. B. B.k.425, S. O.k.223 i św. A. S.k.224) okazała się być nieprzydatna z uwagi na to, że świadkowie ostatni kontakt ze Z. K. mieli wiele miesięcy, a niekiedy lat przed dokonaniem czynności, która miała miejsce w czerwcu 2010r., bądź w ogóle nie pamiętali istotnych szczegółów jego zachowania. W ocenie Sądu zeznania świadków były więc niewystarczające aby dokonać oceny stanu zdrowia psychicznego Z., K. w chwili dokonywania czynności prawnej w dniu 10.06.2010 r.

Jeżeli chodzi o pozostały materiał dowodowy, na który składały się dokumenty lekarskie dotyczące Z. K., karty leczenia szpitalnego, historie choroby, zaświadczenia lekarskie potwierdzające konsultacje psychiatryczne, to Sąd stanął na stanowisku, że dokumenty te są materiałem obiektywnym i wiarygodnym. W oparciu o te materiały biegła sądowa J. B. dokonała oceny stanu zdrowia psychicznego Z. K. w chwili składania oświadczenia woli w dniu 10.06.2010 r. i ustaliła, że oświadczenie woli z dnia 10.06.2010 roku zostało przez Z. K. złożone w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera.

Sąd, podzielił w pełni wnioski opinii biegłej i przyjął je jako podstawę swoich ustaleń faktycznych w sprawie. W ocenie Sądu opinia została sporządzona po przeprowadzeniu wszechstronnej analizy zebranego materiału dowodowego, jest wyczerpująca i wewnętrznie spójna. Sąd nie dostrzegł w tej opinii żadnych błędów dostrzegalnych z punktu widzenia logiki i zasad doświadczenia życiowego. Opinia ta nie została też skutecznie zakwestionowana przez strony w tym postępowaniu. Z opinii biegłej J. B. wynika, co też znajduje potwierdzenie w kartach informacyjnych leczenia

szpitalnego, że Z. K., co najmniej od 2007 r. cierpiał na chorobę Alzheimera i występował u niego zespół otępienny w przebiegu tej choroby. Zdaniem Sądu, stan otępienny Z. K. był na tyle daleko posunięty, że Z. K. nie był w stanie w dniu 10.06.2010 r. złożyć świadomie oświadczenia woli, które można by uznać za niewadliwe w kontekście art. 82 kc. Z zaświadczenia lekarskiego z konsultacji psychiatrycznych z dnia 6.08.2010 r. wynika, że w tym dniu lek. psychiatra K. rozpoznał u Z. K. głęboki zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera. A zatem było to rozpoznanie choroby w wysokim stopniu zaawansowania. Jak wskazała biegła sądowa, posiadająca wieloletnie doświadczenie z kontaktów z osobami chorymi na chorobę Alzheimera, choroba ta nie przebiega tak gwałtownie aby móc przyjąć, że nieco ponad dwa miesiące wcześniej chory miał zachowaną świadomość rozumienia swoich czynów. Już w czerwcu 2010 r. musiał mieć znacznie zaburzone formy poznawcze. Głębokie zaburzenia otępienne w przebiegu choroby Alzheimera znoszą możliwość świadomego i swobodnego podejmowania decyzji i wyrażania woli. Taki stan psychiczny Z. K. potwierdza też inna dostępna w sprawie dokumentacja lekarska. Już bowiem na tydzień przed dokonaniem czynności prawnej, w karcie przebiegu choroby (k.183) wskazano, że z powodu znacznego otępienia kontakt ze Z. K. był czasami nielogiczny. Natomiast w lipcu 2010r. wskazywano już na całkowity brak kontaktu. Co więcej, o braku rozeznania w sytuacji świadczy to, że w ocenie lekarzy przyjmujących chorego do szpitala, już od czerwca 2010 r. Z. K. nie był zdolny do wyrażenia swojej woli w kwestii poddania się leczeniu. Ze względu na stan psychiczny, który ocenili przyjmujący go lekarze, nie mógł wyrazić zgody na pobyt w szpitalu, czego w jego imieniu dokonała H. K. składając swoje podpisy na formularzach. O złym stanie psychicznym Z. K. świadczy też to, że przy próbie założenia gastrokopu w dniu 26.10.2010 r. zaczął zachowywać się agresywnie wyrwijąc aparat i w ten sposób nie zgadzając się na wykonanie badania. Brak współpracy z jego strony świadczy o niezrozumieniu sytuacji i niezgodnym z przyjętymi normami zachowaniu. Dodatkowo o zaburzeniach świadomości świadczą badania TK głowy z lipca 2010r. w którym wykazano cechy korowo- podkorowego zaniku mózgu. Z dokumentacji medycznej wynika zatem, że już w czerwcu 2010 r. Z. K. cierpiał na głęboki zespół otępienny i tylko niekiedy prosty kontakt słowny z nim był logiczny. Nie jest to jednak dowodem, na to, że chory prawidłowo myśli tym bardziej w sprawach o charakterze prawnym i finansowym. Natomiast w lipcu 2010r., jak wynika z kart informacyjnych leczenia, nie było już żadnego kontaktu logicznego z chorym.

Dlatego też, w ocenie Sądu, okoliczności, na które wskazywała biegła w swojej opinii, a które stanowczo podtrzymała w ustnej opinii uzupełniającej, i które były także możliwe do zweryfikowania w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej, świadczą o tym, że stan zdrowia Z. K. nie pozwalał na skuteczne złożenie oświadczenia woli o przeniesieniu własności nieruchomości na pozwaną w dniu 10.06.2010 r. Jak wynika z treści artykułu 82 kc nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Wada oświadczenia woli w postaci braku świadomości określonej osoby skutkuje nieważnością danej czynności od samego momentu złożenia oświadczenia woli, a rzeczą Sądu jest jedynie potwierdzenie tego faktu, ustalenie, że taki stan faktyczny o doniosłości prawnej miał miejsce. Orzeczenie Sądu ma charakter deklaracyjny.

Mając powyższe okoliczności na względzie Sąd orzekł jak w pkt I wyroku.

Sąd oddalił wniosek o powołanie dowodu z opinii innego biegłego sądowego psychiatry. W ocenie Sądu przedstawiona opinia była rzetelna, wyczerpująca i przekonywująca. Opierała się o szczegółową analizę obszernego materiału lekarskiego, na podstawie którego biegła wysunęła wysoko prawdopodobne przypuszczenia- graniczące z pewnością- dotyczące stanu świadomości Z. K.. To pozwoliło jej na sformułowanie końcowych wniosków tej opinii. Biegła z oczywistych względów nie mogła opierać się na bezpośrednim badaniu chorego Z. K.. Kolejny biegły gdyby został powołany dysponowałby dokładnie taką samą dokumentacją medyczną, a jego powołanie doprowadziłoby jedynie do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania i zwiększenia jego kosztów.

O kosztach w pkt III wyroku Sąd orzekł na podstawie 98 kpc mając na uwadze, że powódka w całości ten proces wygrała.

Jednocześnie mając na uwadze wynik procesu i sytuację materialną pozwanej Sąd na podstawie art. 113 ust. 4 uksc nie obciążył pozwanej kosztami sądowymi.

Z. 1) odnotować uzasadnienie,

2) odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanej,

3) kal. 14 dni