

Sygn. akt I ACa 917/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 kwietnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Żelazowski
Sędziowie:	SSA Danuta Jeziarska SSO del. Dorota Gamrat- Kubiczak (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Goltsche

po rozpoznaniu w dniu 30 kwietnia 2015 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa W. Ć.

przeciwko Szpitalowi w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w D.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda i pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 16 września 2014 r., sygn. akt I C 192/11

I. oddala obie apelacje,

II. znosi wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Danuta Jeziarska Tomasz Żelazowski Dorota Gamrat- Kubiczak

Sygn. akt I ACa 917/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 16 września 2014 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie w sprawie o sygn.. akt I C 192/11:

I. zasądził od pozwanego Szpitala w (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w D. na rzecz powoda W. Ć. kwotę 80.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 września 2010 r.,

II. oddalił powództwo w pozostałej części,

III. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.545,35 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

IV. nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 2.026,57 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych,

V. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 3.602,78 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sąd Okręgowy wydał rozstrzygnięcie w oparciu o następujący stan faktyczny:

W. Ć. i B. Ć. byli parą od 19 roku życia, a w wieku 21 lat (w 1977 r.) zawarli związek małżeński. Pożycie małżonków Ć. było zgodne. Urodziło im się pięcioro dzieci. W. Ć. do 1988 r. pracował jako strażak, a następnie prowadził gospodarstwo rolne. Jego żona nie pracowała zawodowo, zajmowała się domem i dziećmi. Małżonkowie spędzali czas wspólnie z dziećmi, uczestniczyli w imprezach rodzinnych, wyjeżdżali na kilkudniowe urlopy z najmłodszym dzieckiem.

Od 2007 r. u B. Ć. występował narastający niedowład kończyn dolnych i osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych. W okresie od 28 sierpnia 2007 r. do 10 września 2007 r. przebywała w (...) Szpitalu (...) w S. z powodu podejrzenia dziedzicznej neuropatii ruchowej. Ponadto chorowała na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. W związku z narastającym niedowładem nóg zaczęła poruszać się przy pomocy kul lub balkonika. W listopadzie 2007 r. B. Ć. została zaliczona do znacznego stopnia niepełnosprawności. Pomimo tego nadal zajmowała się pracami domowymi, pomagała najmłodszemu synowi w odrabianiu lekcji i jeździła na wywiadówki do szkoły. Od 2009 r. poruszała się na wózku inwalidzkim.

W okresie od 30 grudnia 2008 r. do 21 stycznia 2009 r. B. Ć. przebywała w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) w K. na oddziale rehabilitacji. U pacjentki rozpoznano: porażenie kończyn dolnych bez jednoznacznie ustalonej etiologii, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Podczas pobytu w szpitalu poddana została fizykoterapii i kinezyterapii. W wyniku rehabilitacji nie uzyskano istotnej poprawy.

W dniu 4 lutego 2009 r. B. Ć. źle się poczuła. Miała duszności, wymioty, od kilku dni puchły jej nogi. W. Ć. zamówił do domu wizytę lekarza rodzinnego, który skierował B. Ć. do szpitala wskazując na dolegliwości niewydolności oddechowo-krążeniowej i dziedziczną neuropatię ruchową. Powód zawiózł żonę do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w D.. Na izbie przyjęć została zbadana przez ordynatora oddziału wewnętrznego T. S.. Lekarz przeprowadził wywiad podczas którego ustalił, że B. Ć. skarży się na duszności przy leżeniu na plecach, narastające od kilku tygodni obrzęki kończyn dolnych, a także występowanie wymiotów. Ponadto uzyskał informację, że pacjentka leczy się z powodu cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i neuropatii ruchowej. Oprócz wywiadu lekarz przeprowadził badanie przedmiotowe (osłuchanie i badanie palpacyjne). Ponadto wykonane zostało badanie pomiaru częstotliwości czynności serca (76/min) i tętna (miarowe) oraz badanie poziomu glukozy. Lekarz zalecił też wykonanie badań podstawowych krwi i moczu oraz badania EKG przy czym badania te miały być przeprowadzone dopiero następnego dnia. Jednocześnie lekarz zalecił podawanie leków: M., T., G., A., F., S., M. i Q.. Po badaniu na izbie przyjęć B. Ć. została przewieziona na oddział.

W. Ć. pozostał w szpitalu jeszcze ok. pół godziny, a następnie pojechał do domu. Tego samego dnia ok. godz. 20.00 ponownie przyjechał do szpitala. Żona poinformowała go że nie wykonywano jej już żadnych dodatkowych badań, nie skarżyła się na inne dolegliwości i wskazywała, że opuchlizna nóg trochę ustępuje. W. Ć. zakończył wizytę w szpitalu po około godzinie i umówił się z żoną, że przyjedzie następnego dnia. Planował przyjechać około południa, bo spodziewał się że od rana żona będzie poddawana badaniom.

W dniu (...) r. u B. Ć. ponownie zbadano poziom glukozy oraz wykonano badania zlecone poprzedniego dnia przez lekarza: morfologię, OB, mocznik, kreatyninę, jonogram badanie moczu i EKG. Wyniki badań laboratoryjnych

wykazały: mocznik 23 mg/dl, kreatynina 0,72 mg/dl, jonogram: Na 115 mmol/l, K 3,0 mmol/l. Badanie EKG wykonane o godz. 7:40 wykazało uniesienie odcinka ST.

Podczas porannej wizyty lekarskiej ordynator T. S. ponownie osłuchał pacjentkę, zapoznał się z wynikami badań krwi, moczu i EKG oraz rozmawiał z pacjentką. B. Ć. nie wskazywała na żadne dodatkowe dolegliwości. Lekarz utrzymał dotychczasowe leczenie farmakologiczne i dodatkowo zalecił podanie A. – leku przeciwcukrzycowego, H. – leku zapobiegającego nudnościom i C. – leku przeciwzakrzepowego. Po wizycie lekarskiej B. Ć. zasnęła i około godziny 11.40 zmarła. W rozpoznaniu końcowym leczenia szpitalnego wskazano: choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej w okresie niewydolności krążenia przewlekłej zaostrzonej, obrzęk płuc, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, niedowład spastyczny kończyn dolnych w przebiegu neuropatii ruchowej dziedzicznej.

Szpital poinformował powoda o śmierci żony telefonicznie. Po przybyciu do szpitala powód rozmawiał z ordynatorem T. S., który nie potrafił wówczas wyjaśnić co było przyczyną zgonu.

W dniu 7 lutego 2009 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) w G. Zakładzie Patomorfologii wykonano sekcję zwłok B. Ć.. W rozpoznaniu sekcyjnym wskazano m.in.: organiczna choroba wieńcowa, przerost i aktywacja aparatu R-E mięśnia sercowego, fragmentacja włókien mięśniowych, przekrwienie i obrzęk płuc. Jako przyczynę śmierci podano świeży zawał mięśnia sercowego.

Przyczyną śmierci B. Ć. była ostra niewydolność krążenia, która powstała najprawdopodobniej w mechanizmie tachyarytmii (np. migotania komór). Diagnoza wstępna przy przyjęciu pacjentki do szpitala była postawiona prawidłowo, ponieważ duszność spoczynkowa narastająca przy leżeniu na plecach jest typowym objawem niewydolności lewokomorowej serca, a obrzęki kończyn dolnych – niewydolności prawokomorowej. Zgodnie z postawionym rozpoznaniem wstępnym należało wykonać u B. Ć. przy przyjęciu następujące badania: poziom glikemii (z uwagi na cukrzycę profil glikemii), badanie elektrolitów, gazometrię, poziom kreatynin, EKG i RTG klatki piersiowej. Badania te były niezbędne do oceny stopnia zaawansowania zaburzeń wodno – elektrolitowych u pacjenta z zaburzeniami kardiologicznymi oraz leczonego z powodu cukrzycy typu II farmakologicznymi środkami doustnymi. Niewykonanie tych badań przy przyjęciu do szpitala spowodowało niezdiagnozowanie u B. Ć. hipokaliemii, która stała się przyczyną zaburzeń rytmu. Badanie EKG pozwoliłoby ocenić cechy choroby podstawowej takiej jak choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu i przewodzenia. Badanie RTG klatki piersiowej pozwoliłoby natomiast zobrazować cechy niewydolności lewo- i prawokomorowej serca. Badanie to w niewydolności serca jest badaniem rekomendowanym, ponieważ pozwala na ocenę sylwetki serca i określenie pochodzenia niewydolności krążenia. Rozpoznanie na podstawie wyniku badania RTG cech obrzęku śródmiąższowego i pęcherzykowego stanowią wskazanie do zastosowania bardziej intensywnego schematu leczenia. Badania takie jak: morfologia, poziom mocznika i badanie echokardiograficzne mogło być wykonane w późniejszym etapie. Wykonanie badań enzymatycznych (troponiny i CK-MB) można było uzależnić od wyniku badania EKG jednakże w przypadku chorych z cukrzycą, u których ostre zespoły wieńcowe przebiegają bardzo często bez dolegliwości bólowych uzasadnione jest równoczesne wykonanie badań pozwalających określić poziom troponiny i CK-MB.

Przed zastosowaniem leczenia z użyciem F. i S. u B. Ć. należało ocenić poziom potasu we krwi i podczas terapii kontrolować stężenie potasu w surowicy i funkcję wydalniczą nerek, ponieważ F. jest silnym diuretykiem, który nasila wydalanie potasu a S. (substancja czynna – spironolakton) jest lekiem moczopędnym, który zmniejsza wydalanie potasu. U chorych z niewydolnością serca i cukrzycą stosowanie diuretyku pętlowego – F. jest zalecane natomiast S. należy stosować ostrożnie. Z powodu niskiego poziomu potasu we krwi u B. Ć. (3,0 mmol/l) farmakoterapia z użyciem spironolaktonu była niewystarczająca i istniało wskazanie do suplementacji potasem. Zastosowane leki moczopędne zmniejszyły objawy kliniczne, ale przyczyniły się do istotnego obniżenia poziomu potasu, co stanowi przyczynę groźnych dla życia zaburzeń rytmu, w tym migotania komór.

Ujawnione w badaniu EKG wykonanym w dniu (...) r. uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach aVL mogło świadczyć o ostrym zespole wieńcowym. W badaniu tym nie występowały typowe dla zawału mięśnia sercowego zmiany w EKG, ale stwierdzony odstęp QT świadczył o hipokaliemii a tym samym nieznaczne uniesienie ST występujące w aVL i V2-V3

mogło świadczyć o ostrym niedokrwieniu serca. Wynik tego badania stanowił wskazanie do poszerzenia diagnostyki o ponowne badanie EKG i badania enzymatyczne. Takie postępowanie uzasadnione jest ze względu na znacznie gorsze rokowanie ostrych zespołów wieńcowych u chorych z cukrzycą, u których częściej dochodzi do rozwoju wstrząsu kardiogenego, zaburzeń rytmu i przewodzenia, które mogą doprowadzić do ostrej niewydolności krążenia i nagłego zgonu sercowego.

Zastosowany u B. Ć. tok diagnostyczno-leczniczy spowodował niezdiagnozowanie u niej hipokalemii, która stała się przyczyną groźnych dla życia zaburzeń rytmu. Wykonanie przy przyjęciu do szpitala badań elektrolitów, EKG i RTG, zdiagnozowanie hipokaliemii i następnie zastosowanie suplementacji potasem zapobiegłoby groźnym dla życia zaburzeniom rytmu.

W dniu 19 lutego 2009 r. powód złożył w Prokuraturze Rejonowej w Myśliborzu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę jego żony. Na skutek tego zawiadomienia prokurator prowadził śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania w dniu (...) roku w D. śmierci B. Ć. poprzez zaniedbanie jej leczenia w warunkach szpitalnych tj. o czyn z art. 155 k.k. (Ds. 431/10). Postępowanie przygotowawcze zostało umorzone postanowieniem z dnia 17 lutego 2010 roku wobec braku znamion czynu zabronionego tj. na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. Swoje rozstrzygnięcie prokurator oparł m.in. na ustaleniach opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w B., z której wynikało, że przeprowadzone w szpitalu w D. badania pokrzywdzonej nie wskazywały na zaburzenia pracy serca i możliwość zawału, jednocześnie objawy niewydolności krążenia były leczone prawidłowo. Stwierdzono że o ile doszło u poszkodowanej do zawału serca to był on zawałem tzw. „bezbólowym”, którego zdiagnozowanie rodzi poważne trudności. Biegli nie stwierdzili nieprawidłowości w zakresie leczenia pokrzywdzonej, które mogłyby przyczynić się do jej zgonu.

Postanowienie o umorzeniu śledztwa jest prawomocne.

B. Ć. w chwili śmierci miała 53 lata. W. Ć. również. Mieli piątkę dzieci, przy czym czworo z nich było dorosłych w wieku 27, 28, 30, 32 lata i mieli własne rodziny. Najmłodszy syn miał 9 lat i mieszkał z rodzicami. W tym samym domu mieszkał również jeden z dorosłych synów wraz ze swoją żoną i dziećmi.

W. Ć. prowadził gospodarstwo rolne. Po śmierci żony musiał więcej uwagi poświęcić najmłodszemu synowi, który zamknął się w sobie i nie chciał z nikim rozmawiać. Powód jeździł z nim do szkolnego psychologa. W. Ć. sam nie korzystał z pomocy psychiatry ani psychologa, przez około rok zażywał ziołowe leki uspakajające dostępne bez recepty. Swoją czas powód dzielił między wychowanie syna a pracę w gospodarstwie rolnym. Pracami domowymi zajmowała się natomiast synowa. Dwa lata po śmierci żony powód związał się z inną kobietą. Spotyka się z nią ale nie zdecydował się na wspólne zamieszkanie.

Pismem z dnia 17 czerwca 2010 roku pełnomocnik powoda poinformował pozwanego o zamiarze wytoczenia powództwa o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną przez rodzinę powoda w związku ze śmiercią B. Ć., określił wartość roszczeń na 250 000 zł i zaproponował ugodowe zakończenie sporu. Następnie pismem z dnia 23 sierpnia 2010 r. pełnomocnik powoda wezwał pozwanego do zapłaty w terminie do 1 września 2009 r. kwoty 250 000 zł tytułem zadośćuczynienia krzywdy doznanej przez powoda i jego rodzinę na skutek śmierci B. Ć.. W odpowiedzi na to wezwanie pismem z dnia 14 września 2010 r. pełnomocnik pozwanego odmówił zapłaty żądanej kwoty powołując się na ustalenia dokonane w toku postępowania karnego.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w D. został przekształcony w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą Szpital w (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w D.. W lutym 2009 r. T. S. zatrudniony był u pozwanego na stanowisku ordynatora na podstawie umowy o pracę.

W tych okolicznościach faktycznych Sąd uznał powództwo oparte o art. 446 § 4 k.c. w zw. z art. 446 § 1 k.c. za częściowo uzasadnione.

Sąd zważył, że o zakresie i podstawie prawnej odpowiedzialności pozwanego Szpitala decyduje treść stosunku prawnego pomiędzy pozwanym a lekarzem, który diagnozował żonę powoda przy przyjęciu do szpitala i decydował o sposobie leczenia. Osobą tą był ordynator, który badał B. Ć. przy przyjęciu do szpitala, zlecał dalsze badania i podawanie określonych leków. Osoba ta była zatrudniona w pozwanym Szpitalu na stanowisku ordynatora oddziału na podstawie umowy o pracę. Sąd wywodził, że lekarz który udziela świadczeń zdrowotnych w ramach stosunku pracy działa w określonych strukturach organizacyjnych szpitala, tj. wykonuje ściśle określone rodzajowo przez kierownika szpitala usługi, w określonym czasie, przy dużej, ale jednak nie nieograniczonej swobodzie decyzyjnej, przy wykorzystaniu sprzętu należącego do szpitala, we współdziałaniu z lekarzami, pielęgniarkami i inną kadrą zatrudnioną przez tenże szpital, na terenie tegoż szpitala. Powyższe prowadzi do wniosku, że pomiędzy takim lekarzem, a zakładem opieki zdrowotnej zachodzi stosunek podporządkowania o jakim mowa w art. 430 k.c.

Sąd podkreślił, że dla przypisania danemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej na podstawie cytowanego wyżej art. 415 k.c. konieczne jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie – także o charakterze niemajątkowym; wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody; związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanym, albowiem on wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

W rozpoznawanej sprawie stan faktyczny dotyczący przebiegu leczenia B. Ć. w pozwanym Szpitalu był bezsporny. Spór dotyczył jedynie oceny czynności diagnostyczno- leczniczych podejmowanych przez personel pozwanego wobec żony powoda z punktu widzenia wiedzy medycznej. Zasadniczy przedmiot sporu w niniejszej sprawie dotyczył tego czy do zgonu B. Ć. doszło w następstwie bezprawnego i zawinionego zachowania personelu pozwanego, a tym samym, czy można przypisać pozwanemu czyn niedozwolony pozostający w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą doznaną przez powoda.

Zdaniem sądu podstawowe znaczenie miało w tej sytuacji ustalenie, czy przeprowadzony u żony powoda proces diagnostyczny i będące jego następstwem leczenie zostało wykonane w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej. Art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Sąd, czyniąc ustalenia w tym zakresie oparł się przede wszystkim na dowodzie z opinii pisemnej instytutu- Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P.. Opinię tę sąd uznał za w pełni przekonującą. Z treści opinii wynika, że postępowanie lekarzy pozwanego Szpitala w zakresie diagnostyki i leczenia stosowanego u żony powoda było nieprawidłowe. Biegli wskazali że diagnoza wstępna przy przyjęciu pacjentki do szpitala była postawiona prawidłowo, lecz zgłosili szereg zastrzeżeń co do dalszych czynności. Zgodnie z postawionym rozpoznaniem wstępnym należało wykonać u B. Ć. następujące badania: poziom glikemii (a z uwagi na cukrzycę profil glikemii), badanie elektrolitów, gazometrię, poziom kreatynin, EKG i RTG klatki piersiowej. Z badań tych w dniu przyjęcia do szpitala wykonano jedynie poziom glikemii natomiast EKG, poziom kreatynin i badanie elektrolitów miało być wykonane, zgodnie ze zleceniem lekarza przyjmującego, dopiero następnego dnia. Biegli podkreślili, że wykonanie tych badań było niezbędne już w chwili przyjęcia do szpitala, aby ocenić stopień zaawansowania zaburzeń wodno-elektrolitowych u pacjenta z zaburzeniami kardiologicznymi oraz leczonego z powodu cukrzycy typu II. Wyjaśnili, że badanie EKG pozwoliłoby ocenić cechy choroby podstawowej takiej jak choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu i przewodzenia, natomiast badanie RTG klatki piersiowej pozwoliłoby zobrazować cechy niewydolności lewo- i prawokomorowej serca. Rozpoznanie na podstawie wyniku badania RTG cech obrzęku śródmiąższowego i pęcherzykowego stanowiłoby wskazanie do zastosowania bardziej intensywnego schematu leczenia. Niewykonanie tych badań przy przyjęciu do szpitala spowodowało niezdiagnozowanie u B. Ć. hipokaliemii, która stała się przyczyną zaburzeń rytmu. Sąd zważył także, że jako nieprawidłowe biegli ocenili również zaniechanie oznaczenia osoczowych wartości potasu przed zastosowaniem leczenia z użyciem F. i S.. Podkreślili, że w przypadku B. Ć. konieczne było już

na początku leczenia zbadanie poziom potasu we krwi i monitorowanie tych wartości podczas terapii ze względu na to, że zastosowany u niej F. jest silnym diuretykiem, który nasila wydalanie potasu. Wprawdzie zastosowano u B. Ć. również S. zawierający substancję czynną- spironolakton, która jest lekiem moczopędnym, oszczędzającym potas jednakże powodu niskiego poziomu potasu we krwi u B. Ć. (3,0 mmol/l) farmakoterapia z użyciem spironolaktonu była niewystarczająca i istniało wskazanie do suplementacji potasem, czego nie zastosowano. Biegli stwierdzili, że zastosowane w pozwanym Szpitalu leczenie było jedynie leczeniem objawowym bez określenia przyczyny. Podawane leki moczopędne zmniejszyły objawy kliniczne, ale przyczyniły się do istotnego obniżenia poziomu potasu, co stanowi przyczynę groźnych dla życia zaburzeń rytmu, w tym migotania komór. Przyczyną śmierci B. Ć. była natomiast ostra niewydolność krążenia, która powstała najprawdopodobniej w mechanizmie tachyarytmii (migotania komór). Biegli przeanalizowali wynik badania EKG wykonanego u żony powoda następnego dnia po przyjęciu do szpitala i stwierdzili, że ujawnione w tym badaniu uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach aVL mogło świadczyć o ostrym zespole wieńcowym. Wprawdzie w badaniu tym nie występowały typowe dla zawału mięśnia sercowego zmiany w EKG, ale stwierdzony odstęp QT świadczył o hipokaliemii a tym samym nieznaczne uniesienie ST występujące w aVL i V2-V3 mogło świadczyć o ostrym niedokrwieniu serca. Wynik tego badania stanowił wskazanie do poszerzenia diagnostyki o ponowne badanie EKG i badania enzymatyczne, czego również zaniechano i kontynuowano dotychczas sposób leczenia. Poszerzenie diagnostyki było w tym wypadku tym bardziej uzasadnione z uwagi na to że B. Ć. chorowała na cukrzycę. U chorych z cukrzycą są znacznie gorsze rokowania ostrych zespołów wieńcowych, albowiem częściej dochodzi do rozwoju wstrząsu kardiogenego, zaburzeń rytmu i przewodzenia, które mogą doprowadzić do ostrej niewydolności krążenia i nagłego zgonu sercowego.

W ocenie sądu z opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P. wynika, że zastosowany u B. Ć. tok diagnostyczno- leczniczy spowodował niezdiagnozowanie u niej hipokaliemii, która stała się przyczyną groźnych dla życia zaburzeń rytmu. Wykonanie przy przyjęciu do szpitala badań elektrolitów, EKG i RTG, zdiagnozowanie hipokaliemii i następnie zastosowanie suplementacji potasem zapobiegłoby groźnym dla życia zaburzeniom rytmu.

Odmienne wnioski w zakresie prawidłowości diagnostyki i leczenia stosowanego w pozwanym Szpitalu wobec B. Ć. zawarte zostały w opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w B. sporządzonej w toku postępowania przygotowawczego prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Myśliborzu (Ds. 431/10). Opinia ta nie stanowiła jednak przekonującego dowodu w tym zakresie, albowiem ustalony stan faktyczny nie został w niej przeanalizowany w sposób wyczerpujący a wnioski pozostają sprzeczne z dokonanymi ustaleniami. Z jednej strony biegli wskazali na konieczność wykonania podstawowych badań krwi, EKG i RTG klatki piersiowej z drugiej zaś stwierdzili że w procesie leczenia B. Ć. nie było nieprawidłowości pomimo, że badanie EKG oraz jonogram nie zostały wykonane przy przyjęciu pacjentki do szpitala (lecz dopiero następnego dnia), a RTG klatki piersiowej w ogóle nie zostało zlecone. Biegli z Uniwersytetu (...) w B. w ogóle nie analizowali kwestii związanych z wystąpieniem u B. Ć. hipokaliemii i wpływu zaordynowanych leków na poziom potasu we krwi. W efekcie sąd uznał, że opinia ta nie może skutecznie podważyć wniosków sporządzonej w niniejszej sprawie opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., która została oparta na całokształcie zebranego materiału dowodowego, szczegółowo przez biegłych przeanalizowanego. Opinia ta nie budzi też wątpliwości co do jej zgodności z zasadami logiki, stopnia stanowczości i uargumentowania wyrażonych wniosków. Na jej podstawie sąd uznał za dostatecznie wyjaśnioną kwestię prawidłowości przeprowadzonego przez pozwanego leczenia i w związku z tym oddalił wniosek strony pozwanej i przeprowadzenie dowodu z opinii innego instytutu.

Sąd podkreślił, że zastosowany wobec B. Ć. tok diagnostyczno- leczniczy spowodował niezdiagnozowanie u niej hipokaliemii, która stała się przyczyną groźnych dla życia zaburzeń rytmu. Wykonanie w chwili przyjęcia do szpitala badań elektrolitów, EKG i RTG, zdiagnozowanie hipokaliemii i następnie zastosowanie suplementacji potasem zapobiegłoby groźnym dla życia zaburzeniom rytmu. Zaniechanie wykonania tych badań w odpowiednim czasie zakwalifikować należy jako zachowanie niezgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej i niedochowanie należytej staranności, która skutkuje odpowiedzialnością deliktową. Skoro personel pozwanego szpitala nie podjął właściwych działań które zapobiegłyby groźnym dla życia B. Ć. zaburzeniom rytmu serca sąd uznał, że śmierć pacjentki, która

nastąpiła w wyniku tych zaburzeń pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działaniami/zaniechaniami pozwanego Szpitala. Zachowanie to sąd uznał za zawinione.

Argumentując dalej wskazał, że przedmiotem sporu była również wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia za śmierć osoby bliskiej. Powód jako mąż zmarłej B. Ć. jest najbliższym członkiem rodziny w rozumieniu art. 446 § 4 k.c. Pojęcie krzywdy w rozumieniu tego przepisu ujmowane jest powszechnie jako cierpienie psychiczne związane z poczuciem osamotnienia po śmierci najbliższej osoby. Przepisy Kodeksu cywilnego nie określają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, pozostawiając tą kwestię sędziowskiemu uznaniu i praktyce sądowej. Tak więc rozstrzygając w tym zakresie należy mieć na uwadze wszystkie okoliczności sprawy mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, w tym w szczególności rodzaj i skutki doznanych cierpień psychicznych, niewątpliwie nieodwracalny charakter następstw wypadku, w wyniku którego śmierć poniósł syn powódki, stopień winy sprawcy, ewentualny uszczerbek na zdrowiu i konsekwencje w życiu osobistym i społecznym.

W ocenie sądu nie budzi wątpliwości okoliczność, że śmierć żony była dla powoda źródłem cierpień psychicznych. Po jej śmierci czuł się osamotniony, zdezorientowany a dodatkowo miał wyrzuty sumienia, że sam zawiózł żonę do pozwanego Szpitala, gdzie nie udzielono jej właściwej pomocy. Sąd miał na względzie, że powód pozostawał w związku małżeńskim z B. Ć. przez 30 lat, ich małżeństwo było udane, małżonkowie nie tylko wychowywali wspólnie dzieci i wspierali się, ale również wspólnie spędzali czas. Nie bez znaczenia pozostawał też fakt, że po śmierci żony na powoda spadł obowiązek całkowitej opieki nad 9-letnim dzieckiem, które z uwagi na utratę jednego z rodziców wymagało szczególnej troski. Po śmierci żony przez około rok powód wspomagał się ziołowymi lekami uspakajającymi, przy czym okazał się osobą na tyle silną psychicznie, że samodzielnie poradził sobie z przeżyciem żałoby bez pomocy psychologa czy psychiatry. W chwili śmierci żony powód miał ustabilizowane życie. W świetle zebranych dowodów brak jest podstaw do przyjęcia, że przeżywany przez powoda proces żałoby miał charakter patologiczny, tym bardziej, że powód funkcjonuje prawidłowo w życiu zawodowym (prowadzi gospodarstwo rolne) i rodzinnym (zajmuje się wychowaniem małoletniego syna) a ponadto dwa lata po śmierci żony związał się z inną kobietą.

Mając na względzie powyższe okoliczności, rangę naruszonego dobra, nieodwracalny charakter straty jaką poniósł powód sąd uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia będzie kwota 80.000 zł (pkt I wyroku). Ponad tę kwotę roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia sąd uznał za bezzasadne i w tym zakresie powództwo oddalił (pkt II wyroku).

Orzeczenie o odsetkach sąd oparł o art. 481 k.c. Wskazał, że powód domagał się zapłaty odsetek od kwoty zadośćuczynienia od dnia 2 września 2010 r. Powód za pośrednictwem pełnomocnika wezwał pozwanego pismem z dnia 23 sierpnia 2010 r. do zapłaty kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć żony zakreślając termin do 1 września 2010 r. Powód nie dołączył dowodu doręczenia tego wezwania, dlatego też sąd uznał, że wezwanie to dotarło do pozwanego w dniu 14 września 2010 r., bo na ten dzień datowana jest odpowiedź pełnomocnika pozwanego na wezwanie. Powyższe oznacza, że od dnia następnego po tej dacie pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia, które stosownie do art. 455 k.c. stało się wymagalne niezwłocznie po wezwaniu. Mając powyższe na względzie sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 15 września 2010 r. (pkt I wyroku).

W punkcie III wyroku, działając na podstawie art. 100 k.p.c. sąd orzekł o kosztach postępowania. Mając na uwadze fakt, że powództwo zostało uwzględnione w 64%, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu koszty zostały rozdzielone w proporcji 64 ÷ 36%. Na koszty powoda składały się opłata od pozwu 3.800 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 3.600 zł i zaliczka na wydatki 1.500 zł (w sumie 8.917 zł). Koszty pozwanego zamykały się w kwocie 6.004,24 na co składały się: opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 3.600 zł i zaliczki na wydatki 2.387,24 zł (182 zł + 2000 zł + 179,28 zł + 25,96 zł). Po stosunkowym rozdzieleniu kosztów w proporcji wyżej wskazanej i ich wzajemnej kompensacji pozwany winien zapłacić powodowi dodatkowo tytułem zwrotu kosztów kwotę 3.545,35 zł.

W pkt IV i V sąd orzekł o nieuiszczonych kosztach sądowych, na które składały się nieuiszczona opłata od rozszerzonego powództwa 2.450 zł oraz wydatki związane z opiniami instytutu i kosztami stawienia świadków, które nie znalazły pokrycia w uiszczonych przez strony zaliczkach (3.179,35 zł). Mając na uwadze wynik procesu sąd

obciążył obie strony tymi kosztami w stosunku 36% ÷ 64% i nakazał pobrać powoda na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 2.026,57 zł natomiast od pozwanego kwotę 3.602,78 zł.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego złożył powód i zaskarżając go w zakresie punktu II, III, IV wniósł o jego zmianę i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dodatkowo kwoty 45.000 zł tytułem dalszej części zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku ze śmiercią małżonki B. Ć., wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 15 września 2010 r. do dnia zapłaty i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu przed sądami obydwu instancji.

Orzeczeniu zarzucił naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 446 § 4 k.c., poprzez przyznanie powodowi zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w wysokości nieodpowiedniej w sposób istotny do wszystkich okoliczności stanowiących podstawę jego ustalenia.

Zdaniem apelującego miarkując wysokość zadośćuczynienia, Sąd nie uwzględnił kwestionowania przez pozwanego szpitala odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie medyczne. Tymczasem, przedmiotowa postawa podmiotu leczniczego w istotny sposób zwiększyła rozmiary doznawanych przez powoda cierpień. Pozwany miał wiedzę o podstawach faktycznych i prawnych roszczeń powoda, na długo przed wytoczeniem powództwa w niniejszej sprawie. Mimo wiedzy medycznej pozwalającej na rzetelną ocenę popełnionego błędu, konsekwentnie kwestionował odpowiedzialność prawną za zaistniałe zdarzenie medyczne (zarówno w postępowaniu karnym jak i cywilnym), nie udzielił powodowi jakiegokolwiek wsparcia psychologicznego, o choćby częściowym finansowym zadośćuczynieniu słusznym roszczeniom powoda nie wspominając. Konieczność wyjaśniania okoliczności śmierci małżonki na drodze postępowania sądowego, z całą pewnością potęgowała rozmiar doznawanej przez powoda krzywdy. Zauważyć trzeba przy tym, że podobnie jak prawidłowe funkcjonowanie w życiu osobistym i zawodowym, brak patologicznego charakteru przeżywanego żałoby nie przesądza jeszcze o umiarkowanym poziomie związanego z tym procesem bólu psychicznego. Zważywszy na oczywiste znaczenie pogodzenia się ze stratą małżonki i rozpoczęcia nowego etapu w życiu osobistym, niemożność zakończenia żałoby nie pozostaje bez wpływu na aktualną kondycję psychiczną powoda.

Niezależnie od powyższego, zakwestionował prezentowany przez Sąd Okręgowy pogląd, zgodnie z którym wysokość zadośćuczynienia utrzymana winna być „w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwie”. Zważył, że tego rodzaju stanowisko przedstawiane było w nieco starszym orzecznictwie Sądu Najwyższego. W ostatnim czasie, pogląd ten nie jest jednak w pełni aprobowany. Według aktualnej linii orzeczniczej, jedynym i zasadniczym kryterium oceny wysokości zadośćuczynienia jest rozmiar krzywdy pokrzywdzonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r. I CK 131/2003, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 2004 r. V CK 282/2003). Wysokość stopy życiowej społeczeństwa może przy tym oddziaływać na wysokość zadośćuczynienia należnego za doznaną krzywdę jedynie w sposób uzupełniający i nie może podważać kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 6 grudnia 2012 r., I ACa 642/12).

Za adekwatną do cierpień związanych z bólem towarzyszącym rodzinom ofiar katastrof lotniczych pod M. i S. uznano kwotę 250.000 zł. Wyrokiem z dnia 15 marca 2010 r. (sygn. akt IC 1503/09) Sąd Okręgowy w Rzeszowie ustalił zadośćuczynienie za śmierć małżonka na poziomie 230.000 zł. Wyrokiem z dnia 13 listopada 2013 r. (sygn. akt VI A Ca 542/13) Sąd Apelacyjny w Warszawie utrzymał w mocy wyrok Sądu Okręgowego ustalający zadośćuczynienie za śmierć małżonka na poziomie 120.000 zł. Powyżej przyznanego powodowi zadośćuczynienia pozostawały wreszcie świadczenia przyznane poszkodowanym w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Szczecinie dni 6 grudnia 2012 r. (sygn. akt I ACa 642/12) i 25 października 2012 r. (sygn. akt I ACa 564/12), za adekwatną w przypadku śmierci małżonka uznające kwotę 100.000 zł.

Wobec całokształtu poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych nie ulega wątpliwości, że rozmiar cierpień psychicznych doznanych przez powoda w związku ze śmiercią małżonki jest wysoki. Tym bardziej biorąc pod uwagę, że skutki popełnionego przez pozwanego szpitala błędu powód odczuwa do dziś. Niezależnie od spoczywającego na powodzie ciężaru wykazywania odpowiedzialności pozwanego za zaistniałe zdarzenie medyczne, wyłącznie na

powodzie spoczywa obowiązek sprawowania opieki rodzicielskiej nad małoletnim synem. Zważywszy na trudną sytuację psychiczną dziecka (utrata matki), opieka nad chłopcem wymaga przy tym od powoda szczególnego zaangażowania. Pozostając w zgodzie z kompensacyjnym charakterem zadośćuczynienia pieniężnego przyjąć trzeba zatem, że zasadne jest podwyższenie przyznanego powodowi zadośćuczynienia o dalszą kwotę 45.000 zł. Dopiero bowiem zadośćuczynienie w łącznej wysokości 125.000 zł uznane może zostać za kompensujące poniesioną szkodę i przedstawiające odczuwalną wartość ekonomiczną, w konfrontacji z utratą tak elementarnej wartości jak życie ludzkie.

Z wyrokiem Sądu nie zgodził się również pozwany. Zaskarżając go w zakresie punktu I, III, V wniósł o jego zmianę poprzez oddalenie powództwa, zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych; obciążenie powoda obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej Spółki zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych za postępowanie apelacyjne.

Orzeczeniu zarzucił naruszenie:

1. przepisu art. 430 k.c. z w. z art. 415 k.c. poprzez wadliwe przyjęcie odpowiedzialności pozwanej Spółki za zaistniałą szkodę pomimo braku spełnienia podstawowej przesłanki warunkującej odpowiedzialność deliktową pozwanej, a mianowicie braku istnienia normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem i zaniechaniem personelu medycznego pozwanej a wyrządzoną szkodą, a także wadliwe ustalenie, szkoda została wyrządzona przez personel przy wykonaniu powierzonych czynności;
2. przepisu art. 446 § 4 k.c. poprzez dowolne ustalenia wysokości przyznanego na rzecz powoda zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w postaci śmierci żony bez odwołania się do subiektywizowanych kryteriów i oparciu się wyłącznie na subiektywnym odczuciu poszkodowanego, a nadto ustalenie wysokości tego zadośćuczynienia w wysokości wygórowanej;
3. przepisu art. 227 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. poprzez pozbawienie strony powodowej prawa do inicjatywy dowodowej w sprawie przez oddalenie wniosku dowodowego o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłego w sytuacji, gdy w materiale dowodowym sprawy znajdowały się opinie dwóch różnych instytucji różniące się w swojej treści w kluczowych kwestiach dotyczących odpowiedzialności pozwanego za zaistniałą szkodę;
4. art. 233 § 1 k.p.c. w szczególności przez błąd w ustaleniach faktycznych stanowiących podstawę wydanego w niniejszej sprawie orzeczenia polegający na przyjęciu, iż na gruncie niniejszej sprawy śmierć pokrzywdzonej pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z zawinionym zachowaniem personelu medycznego, a także, by szkoda została wyrządzona przez personel przy wykonaniu powierzonych czynności.

Zdaniem pozwanego na gruncie niniejszej sprawy nie zastały przesłanki warunkujące przypisanie odpowiedzialności opartej na regulacji przewidzianej w przepisie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie ww. przepisów, które musi wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy. W ocenie pozwanej Spółki nie sposób przyjąć, iż na gruncie niniejszej sprawy zostało ustalone, aby pomiędzy ewentualnymi zaniechaniami lub nieprawidłowymi działaniami personelu medycznego pozwanej Spółki a zgonem pacjentki wystąpił adekwatny związek przyczynowy. Przyczyną śmierci B. Ć. wskazaną w protokole sekcji zwłok był świeży zawał mięśnia sercowego. Z uwagi na ujawnienie w trakcie badań histopatologicznych fragmentacji kardiocytów można uznać, iż był to wczesny okres zawału mięśnia sercowego i był on wynikiem zmian w naczyniach wieńcowych serca, co zostało ujawnione podczas sekcji zwłok. Wystąpił on nagle i był rozległy, co spowodowało nagły zgon pacjentki. Nie można tracić z pola widzenia również i tej okoliczności, że u B. Ć. wiodącym schorzeniem była neuropatia ruchowa. Do szpitala została skierowana z powodu niewydolności krążeniowo- oddechowej, zmarła zaś z powodu świeżego zawału serca. W tej sytuacji kluczowe było ustalenie, czy personel medyczny przedsięwziął w dacie przyjęcia

do szpitala odpowiednie działania i czy lekarz prowadzący pacjentkę dysponował taką wiedzą o stanie zdrowia pacjentki, która pozwoliłaby mu przeciwdziałać nastąpieniu zawału serca pokrzywdzonej. W ocenie pozwanego powód w ogóle nie udowodnił w stopniu wysoce prawdopodobnym, że do zawału serca u B. Ć. doszło na skutek działań osób, którym pozwany powierzył wykonywanie funkcji leczniczych. Co więcej nie można mówić, iż taki związek przyczynowy w ogóle został wykazany. Biegli w treści opinii z dnia 29.11.2012 r. wskazują, jako przyczynę zgonu żony powoda ostrą niewydolność krążenia, która najprawdopodobniej powstała w mechanizmie trachykardii. Biegli nie wypowiedzieli w jakim stopniu uprawdopodobniają, iż to właśnie trachykardia stanowiła podstawę tej niewydolności serca skutkująca konsekwencji zgonem pacjentki. W treści opinii z dnia 31 marca 2014r. biegli w odpowiedzi na pytanie czy można stwierdzić z pewnością lub dużym prawdopodobieństwem, że nie doszłoby do nagłego zgonu B. Ć. z powodu ostrej niewydolności krążenia, gdyby wykonano u niej badania opisane w opinii z dnia 29 listopada 2012 r. i 2 września 2013 r. wskazali zdawkowo, że niewykonanie u B. Ć. wymienionych badań przy przyjęciu do szpitala spowodowało niezdiagnozowania hipokalemii, która stała się przyczyną zaburzeń rytmu. W dalszej części biegli ponownie podkreślili, że przyczyną zgonu była ostra niewydolność krążenia spowodowana najprawdopodobniej w mechanizmie tachyarytmii. Biegli nie udzielili zatem w ogóle odpowiedzi na postawione im pytanie, które umożliwiłyby wykazanie istnienia związku przyczynowego pomiędzy śmiercią żony powoda a działaniem lub zawinionym zaniechaniem personelu medycznego pozwanej. Nie wiadomo bowiem, czy ostra niewydolność krążenia w ogóle powstała w mechanizmie tachyarytmii, której ujawnienie gwarantowałyby wskazane przez biegłych badania ani pewności, że to właśnie hipokalemia stanowiła podstawę tej niewydolności. Nie zostało także wykazane, czy doszłoby do śmierci pacjentki, gdyby takie badania zostały wykonane. Co więcej na gruncie niniejszej sprawy brak było poza twierdzeniami biegłych dowodów na to, że tachyarytmia w ogóle wystąpiła. Zaburzeń rytmu serca nie stwierdzono bowiem ani w dacie dokonywania badania palpacyjnego poszkodowanej ani w czasie przeprowadzonego badania EKG, które nie wykazało żadnych anomalii w zakresie rytmu serca. Co więcej hipokalemia, jak przyjmuje się w literaturze medycznej, może ale nie musi wywoływać zaburzenia rytmu serca. Nie można tracić z pola widzenia i tej okoliczności, że jako przyczyna zgonu pacjentki został wskazany zawał serca. Biegli nie wskazali jednoznacznie, że faktyczną przyczyną zgonu B. Ć. była tachyarytmia zaistniała na skutek istniejącej u powódki hipokalemii, co więcej brak rozpoznania tego schorzenia zdaniem biegłych spowodował powstanie u poszkodowanej groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca. Biegli nie wypowiedzieli się, że brak rozpoznania hipokalemii u B. Ć. doprowadził do jej śmierci, a co więcej, czy podjęcie przez personel medyczny stosownych czynności umożliwiłoby uniknięcie zgonu pokrzywdzonej. Istotne jest również to, że pozwana była przewlekle chora, w tym na podłożu neurologicznym i krążeniowym. Wpływ tych stanów chorobowych winien być również oceniony przez biegłych pod kątem zaburzeń jakie' wystąpiły od u B. Ć. podczas pobytu w placówce pozwanej i czy ten stan mógł wywołać anomalie w organizmie pokrzywdzonej, których personel medyczny nie był w stanie przewidzieć. Podkreślił, iż część dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia pokrzywdzonej została przedłożona przez powoda na końcowym etapie postępowania i nie została poddana jakiegokolwiek ocenie przez biegłych sądowych.

W ocenie pozwanej Spółki w celu uzyskania kompleksowej wiedzy istotnej z punktu widzenia okoliczności niezbędnych dla ustalenia stanu faktycznego niniejszej sprawy oraz z uwagi na to, że w materiale dowodowym sprawy istniały rozbieżne stanowiska biegłych z różnych ośrodków badawczych, a rozbieżności te dotyczyły kluczowych kwestii w postaci przyczyn zgonu pacjentki oraz oceny diagnostyki i zastosowanej terapii farmakologicznej konieczne byłoby powołanie kolejnej opinii biegłych innego instytutu w celu kompleksowego wyjaśnienia okoliczności sprawy, zwłaszcza udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy z punktu widzenia sztuki lekarskiej i możliwości diagnostycznych czynności medyczne podejmowane przez personel medyczny szpitala wobec B. Ć. były prawidłowo, jaka była faktyczna przyczyna zgonu żony powoda, czy pomiędzy działaniami lub zaniechaniami personalnemu medycznego pozwanej a zgonem powódki istniał normalny związek przyczynowy. Na gruncie niniejszej sprawy pomimo przedstawienia przez biegłych trzech kolejnych opinii odpowiedzi na te pytania nie zostały udzielone. Co więcej opinia z dnia 31 marca 2014 r., jest lakoniczna w swej treści nie udziela odpowiedzi na postawione pytania Sądu, ani nie odnosi się do treści uzupełnionego materiału dowodowego w postaci zeznań lekarza T. S. i W. L..

W ocenie pozwanego przyznana powodowi kwota zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana i oparta wyłącznie na subiektywnym odczuciu powoda. Istotne znaczenie przy ustalaniu wysokości należnego zadośćuczynienia ma

przede wszystkim dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienie moralne i wstrząs psychiczny, rodzaj, leczenie doznanej traumy i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, wystąpienia zaburzeń będących skutkiem odejścia, stopień w jakim pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej sytuacji, wiek pokrzywdzonego. W okolicznościach niniejszej bez wątpienia w życiu powoda doszło do tragedii związanej ze śmiercią żony. Powód w związku z tym zdarzeniem doznał naturalnej jaką reakcji emocjonalnej, jaką jest proces żałoby. Wystąpiło u niego poczucie bólu, krzywdy, osamotnienia. Zaburzenia te miały jednak charakter okresowy, a największe nasilenie miało miejsce w ciągu kilku pierwszych miesięcy od śmierci żony. Powód sam potrafił poradzić sobie z problemem, nie korzystał ze wsparcia psychologa ani psychiatry, nie doszło także u niego do trwałego uszczerbku na zdrowiu, a w niedługim czasie związał się on z inną kobietą. Żona powoda nie pracowała zawodowo, a zatem jej śmierć nie wpłynęła na pogorszenia statusu materialnego rodziny. Sąd zasądając wysokość zadośćuczynienia odwołał się wyłącznie do subiektywnego odczucia powoda, albowiem na gruncie niniejszej sprawy brak było dowodów obiektywnych umożliwiających ocenę wpływu śmierci żony na osobę powoda. Sąd nie uzasadnił również dlaczego właśnie kwota 80.000 zł będzie dla powoda surogatem z tytułu doznanej przez niego krzywdy i czy kwota ta jest adekwatna do rozmiaru jego cierpienia. W ocenie pozwanej Spółki kwota ta jest rażąco wygórowana i została ustalona w sposób dowolny.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Obie apelacje okazały się nieuzasadnione.

Sąd Okręgowy prawidłowo zgromadził w sprawie dowody i poddał je wszechstronnej, wnikliwej ocenie ustalając stan faktyczny sprawy stanowiący następnie podstawę do stosowania przepisów prawa materialnego. Ocena dowodów przeprowadzona przez sąd odpowiada wymogom stawianym przez przepis art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy w pełni podziela zarówno ustalenia jak i rozważania prawne poczynione przez Sąd I Instancji, czyniąc je integralną częścią niniejszego uzasadnienia.

Sąd Okręgowy prawidłowo ocenił zebrane w sprawie dowody, a ta ocena doprowadziła do słusznych wniosków. Nie mógł więc ostać się zarzut apelacji pozwanego dotyczący naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Analizując ten zarzut należy przywołać stanowisko Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1996 roku (III CKN 8/86, OSNC 1997/3/30) norma powołanego przepisu zawiera jednoznaczny i nie doznający wyjątku nakaz, aby ocena wyrażona w aspekcie wiarygodności była dokonana na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału, po drugie nakazuje uwzględnienie wszystkich dowodów przeprowadzonych w sprawie, po trzecie wymaga skonkretyzowania okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności, po czwarte w końcu wymaga przytoczenia jednoznacznego kryterium oraz merytorycznych i rzeczowych argumentów, mających w sposób przekonujący potwierdzić trafność dokonanej oceny w przedmiocie uznania dowodów za wiarygodne lub ich zdyskwalifikowania. Ustalenia faktyczne w oparciu o tak ocenione dowody nie mogą wykazywać błędów tak faktycznych (nie mogą być sprzeczne z treścią dowodów), jak i logicznych (błędności rozumowania i wnioskowania). Z kolei podstawę orzeczenia może stanowić tylko całokształt okoliczności przedstawionych w toku sprawy i istniejących w chwili zamknięcia rozprawy. Aby sąd II instancji mógł dokonać właściwej kontroli trafności rozumowania sądu I instancji, które doprowadziło ten sąd do określonych wniosków w zakresie zgłoszonego żądania, cały proces myślowy musi być przedstawiony w pisemnych motywach orzeczenia. Taka sytuacja ma miejsce na gruncie niniejszej sprawy. Tym samym nie sposób uznać, iż zasadny jest zarzut błędnej oceny zgromadzonego w aktach materiału dowodowego.

W kontekście zasad odpowiedzialności pozwanego szpitala opartych na regulacji przewidzianej w przepisie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. tenże apelujący zakwestionował ustalenie wystąpienia w tej sprawie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią pacjentki, a działaniami/ zaniechaniami pozwanego.

Szkoda zarówno majątkowa, jak i niemajątkowa musi pozostawać w normalnym związku przyczynowym z wypadkiem w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Ten ostatni przepis stanowi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Norma

zawarta w przepisie art. 361 k.c. opiera się na założeniach teorii adekwatnego związku przyczynowego, w wersji obiektywnej, zwanego też „normalnym związkiem przyczynowym”. W judykaturze i literaturze prawniczej przyjmuje się, że związek przyczynowy jest związkiem normalnym, jeżeli zachowanie (działanie lub zaniechanie) sprawcy czynu niedozwolonego, w świetle zasad doświadczenia życiowego, praw przyrody, wiedzy naukowej itp., zwiększa prawdopodobieństwo powstania danego rodzaju szkody, choćby przez współistnienie i współdziałanie z innymi czynnikami (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2012 r. w spr. I CSK 665/11, LEX nr 1228533, System Prawa Prywatnego, tom 6, Prawo zobowiązań - część ogólna, Wyd. CH Beck 2014, str. 134-137).

Na gruncie omawianego przepisu w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto reguły, które w praktyce w sposób znaczący złagodziły konsekwencje ciężaru dowodowego, spoczywającego na stronie powodowej.

Jak szczegółowo wyjaśnił to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 października 2007 r. II CSK 285/07 uznaje się, że granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W wyroku z dnia 14 października 1974 r., zapadłym w sprawie II CR 415/74 (niepubl.) Sąd Najwyższy uznał, że jeżeli w sprawie ustalono, że stan sanitarny szpitala był wyjątkowo zły i że mógł doprowadzić do infekcji a zakażenie rzeczywiście nastąpiło, prawdopodobieństwo związku przyczynowego między złym stanem sanitarnym a zainfekowaniem organizmu jest tak duże, iż można przyjąć, że powód spełnił swój obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwają się z powoda na pozwanego. Za wystarczające Sąd Najwyższy uznał udowodnienie związku przyczynowo - skutkowego z dostateczną dozą prawdopodobieństwa w wyroku z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 671/76, (niepubl.). Wysokiego stopnia prawdopodobieństwa wymagał natomiast Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97 (PiM z 1999 r., Nr 3, poz. 130) oraz z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, (niepubl.). W wyroku z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, (PiM 1999, nr 3, poz. 135) Sąd Najwyższy uznał natomiast, że wystarczający jest stopień prawdopodobieństwa wysokiego, graniczącego z pewnością. W orzecznictwie uznano również, że przyjęcie normalnego związku przyczynowego może nastąpić także w trybie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), w szczególności, że związek taki zachodzi między zaniedbaniami operującego lub innych funkcjonariuszy służby zdrowia, a śmiercią operowanego, chyba że istniałyby podstawy do wniosku, że zasady medycyny związek taki wykluczają (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 1972 r., I CR 516/71, OSNCP 1972, nr 9, poz. 159). Po drugie, nie wymaga się, aby związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. I tak w orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 1946 r. przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7, s. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 r., IV CR 193/76, (OSPiKA 1977, z. 6, poz. 106). Po trzecie wreszcie, w sposób elastyczny, tj. uwzględniający specyfikę danego stanu faktycznego ujmuje się zagadnienie ciężaru dowodu. Ilustracją tej tezy jest wyrok z dnia 20 kwietnia 1982 r., I CR 79/82, (niepubl.). Sąd Najwyższy uznał, że reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy, spoczywa on na stronie powodowej. Jeżeli strona powodowa udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscpepcji i faktów uzasadniających, jej zdaniem, oddalenie powództwa. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy również w przywołanym wyżej wyroku z dnia 14 października 1974 r., II CR 415/74, (niepubl.). W sposób analogiczny powyższe zagadnienia ujmowane są w piśmiennictwie. Podkreśla się bowiem, że w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakiś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa

lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo.

W rozpoznawanej sprawie wnioski jakie płyną z prawidłowo ocenionych dowodów przeprowadzonych w toku postępowania przed Sądem Okręgowym nie pozwalają na uwzględnienie argumentacji pozwanego szpitala skierowanej przeciwko tej części ustaleń Sądu. Uwzględniając wywody opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., Sąd I instancji, uznał po pierwsze, że diagnostyka wstępna przy przyjęciu pacjentki do szpitala była prawidłowa, tym niemniej zastrzeżenia budziły dalsze czynności. Co istotne, zgodnie z postawionym prawidłowo rozpoznaniem wstępnym należało wykonać u pacjentki szereg dalszych badań, szczegółowo opisanych w treści pisemnych motywów zaskarżonego orzeczenia. Wykonanie tychże badań było, zgodnie z wnioskami opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P., niezbędne już w chwili przyjęcia do szpitala, po to, by móc ocenić stopień zaawansowania zaburzeń wodno-elektrolitowych. Tymczasem zastosowanie w pozwanym szpitalu leczenie było jedynie leczeniem objawowym. Niewykonanie tychże badań przy przyjęciu do szpitala spowodowało niezdiagnozowanie u pacjentki hipokaliemii, która stała się przyczyną zaburzeń rytmu. Przyczyną śmierci pacjentki była natomiast ostra niewydolność krążenia, która, jak wynika z opinii uzyskanej w toku postępowania, powstała najprawdopodobniej w mechanizmie tachyarytmii (migotania komór). Pozwany szpital zakwestionował w apelacji, ustalenie jakoby zgromadzony w sprawie materiał dowodowy dał podstawy do jednoznacznego stwierdzenia, że ostra niewydolność krążenia pozostała w mechanizmie tachyarytmii. Z akt sprawy nie wynika jednak, by istniała w przypadku pacjentki inna jeszcze przyczyna, czy nawet współprzyczyną, która mogła skutkować wystąpieniem migotaniem komór. Biegli analizując natomiast wyniki badania EKG wykonanego u pacjentki następnego dnia po przyjęciu do szpitala stwierdzili, że ujawnione w tym badaniu uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach aVL mogło świadczyć o ostrym zespole wieńcowym. Wprawdzie w badaniu tym nie występowały typowe dla zawału mięśnia sercowego zmiany w EKG, ale stwierdzony odstęp QT świadczył o hipokaliemii, a tym samym nieznaczne uniesienie ST występujące w aVL i V2-V3 mogło świadczyć o ostrym niedokrwieniu serca. Wynik tego badania stanowił wskazanie do poszerzenia diagnostyki o ponowne badanie EKG i badania enzymatyczne, czego również zaniechano i kontynuowano dotychczas sposób leczenia. Jak wynika z opinii biegłych poszerzenie diagnostyki było w tym wypadku tym bardziej uzasadnione z uwagi na to, że pacjentka chorowała na cukrzycę. Podkreślić przy tym należy, że biegli dysponowali informacjami o schorzeniach neurologicznych pacjentki, zostały one zamieszczone części wstępnej opinii, informacje na ten temat znajdowały w opinii lekarzy z B.. Biegli nie znaleźli jednak powiązań przyczynowo-skutkowych tych schorzeń ze stanem pacjentki w czasie pobytu u pozwanego.

Mając na uwadze wywody opinii, brak stwierdzenia ze strony biegłych na granicy pewności, w świetle przytoczonego na wstępie dorobku orzecznictwa ukształtowanego na kanwie art. 361 k.c., że u pacjentki nie doszłoby do nagłego zgonu z powodu ostrej niewydolności krążenia, gdyby wykonania u niej badanie opisane z opinii z dnia 29 listopada 2012 r. i z dnia 2 września 2013 r. nie wpływa na prawidłowość ustaleń Sądu Okręgowego poczynionych w tym zakresie. Okoliczność ta nie powoduje zwłaszcza, by zarzuty apelacji okazały się zasadne. Jeszcze raz podkreślić bowiem należy, że w przypadku wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a tak było w analizowanej sprawie, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Biegli wskazali wyraźnie, że wykonanie u B. Ć. właściwych badań, zdiagnozowanie hipokaliemii i następnie zastosowanie suplementacji potasem zapobiegłoby groźnym dla życia zaburzeniom rytmu. Przypomnieć należy, że przyczyną zgonu pacjentki była ostra niewydolność krążenia, która najprawdopodobniej powstała w mechanizmie tachyarytmii - np. migotania komór. Z tego powodu, w analizowanym stanie faktyczny brak podstaw do kwestionowania, że niepodjęcie właściwych działań ze strony personelu pozwanego szpitala i w efekcie niezdiagnozowanie u pacjentki hipokaliemii, nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym w rozumieniu art. 361 k.c. ze śmiercią żony powoda. Zarzut pozwanego nie zasługiwał tym samym na uwzględnienie.

Powyższemu ustaleniu nie sprzeciwia się fakt, że opinia Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w B. zawiera odmienne wnioski co do prawidłowości diagnostyki i leczenia stosowanego w pozwanym szpitalu wobec pacjentki. Podzielając celną argumentację Sądu Okręgowego, opinia ta nie mogła stanowić przekonującego dowodu w

sprawie, skoro ustalony w jej treści stan faktyczny nie został przeanalizowany w sposób wyczerpujący. Po pierwsze przedmiotem analizy biegłych nie były kwestie związane z wystąpieniem u pacjentki hipokaliemii. Po drugie jej wnioski nie mogły być satysfakcjonujące również z uwagi na pewną jej sprzeczność. Pomimo, iż biegli wskazali na konieczność wykonania podstawowych badań krwi, EKG i RTG klatki piersiowej to stwierdzili w efekcie, że w procesie leczenia nie było nieprawidłowości, choć RTG klatki piersiowej w ogóle nie przeprowadzono, a badanie EKG oraz jonogram nie zostały wykonane przy przyjęciu pacjentki do szpitala. W świetle tych niedostatków opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w B. nie można uznać, by jej wywoły i wnioski były konkurencyjne co do oceny przedstawionej w opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w P.. Zdaniem Sądu Apelacyjnego ta ostatnia opinia okazała się jasna, rzeczowa i przekonująca. Została ona dwukrotnie uzupełniona w związku z zastrzeżeniami stron. Nie budzi ona w szczególności zastrzeżeń z punktu widzenia zgodności z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłych, podstaw teoretycznych opinii, sposobu motywowania i stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. Prawidłowo więc opinii ta stała się podstawą czynionych przez sąd ustaleń faktycznych. Sąd Apelacyjny dostrzega, co jest oczywiste, że opinia o treści sprzecznej z twierdzeniami danej strony w procesie, nigdy nie będzie satysfakcjonująca dla tej strony. Nie stanowi to jednak podstawy, aby w każdym przypadku dopuszczać kolejne opinie biegłych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, iż specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie „w razie potrzeby”. Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne. Żądanie uzupełnienia lub ponowienia dowodu z opinii biegłego uzasadnione będzie zatem wówczas, gdy występuje rozbieżność, niepełność lub niejasność opinii, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego biegłego. Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie miała miejsca.

Zarzut naruszenia art.227 kpc w zw. z art 232 kpc w zw. z art 286 k.p.c. okazał się tym samym chybiony. Podkreślić także należy, że wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii innego instytutu został oddalony na rozprawie 3 września 2014r. w obecności pełnomocników stron. Strona pozwana nie zakwestionowała postanowienia Sądu w tym przedmiocie, a zatem stosownie do treści przepisu art 162 kpc utraciła prawo powoływania się na uchybienie w zakresie procedowania.

Apelacje obu strony zarzucały rozstrzygnięciu naruszenie przepisu art. 446 § 4 k.c. Zdaniem powoda zasądzone na jego rzecz zadośćuczynienie jest rażąco niskie, w ocenie pozwanego zaś jego wysokość jest nadmiernie wygórowana.

Przepis art. 446 § 4 k.c. jest podstawą do przyznania najbliższym członkom rodziny osoby zmarłej wskutek czynu niedozwolonego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a więc za szkodę niemajątkową. Celem tej normy jest zrekompensowanie krzywdy osobom bliskim bezpośrednich ofiar deliktu, poprzez uzyskanie pieniężnego ekwiwalentu mającemu zadośćuczynić ujemne doznania psychiczne i w części fizyczne. Zadośćuczynienie określone w art. 446 § 4 k.c. jest odzwierciedleniem w formie pieniężnej rozmiaru krzywdy. Krzywdę doznaną w wyniku śmierci osoby bliskiej bardzo trudno ocenić i wyrazić w tej formie. Podkreśla się w orzecznictwie Sądu Najwyższego, że każdy rozważany przypadek powinien być traktowany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy, przy czym ocena ta powinna opierać się na kryteriach obiektywnych, a nie na wyłącznie subiektywnych odczuciach pokrzywdzonego (wyrok Sądu Najwyższego dnia z 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, niepubl.).

Zadośćuczynienie z jednej strony musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Jednak na co trafnie zwracają uwagę apelujący i co szczególnie akcentuje się w judykaturze w ostatnim okresie, owe drugie kryterium ma uzupełniający charakter w stosunku do kwestii zasadniczej, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej, więc nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 listopada 2014 r., IV CSK 112/14). Wysokość zadośćuczynienia nie może mieć charakteru symbolicznego, lecz odczuwalny ekonomicznie wymiar dla tego, kto doznał krzywdy. Przy określeniu wysokości tego świadczenia trzeba mieć na względzie okoliczności konkretnej sprawy, w tym indywidualne cechy pokrzywdzonego i jego zdolności do powrotu do równowagi psychicznej po upływie określonego czasu, a także brać pod uwagę

poziom jego dotychczasowego życia, który będzie rzutował na rodzaj wydatków konsumpcyjnych minimalizujących doznane cierpienia. Na rozmiar krzywdy mają przede wszystkim wpływ: dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego z zmarłym, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem tego odejścia (np. nerwicy, depresji), roli pełnionej w rodzinie przez osobę zmarłą, stopień, w jakim pokrzywdzony będzie umiał się znaleźć w nowej rzeczywistości i zdolności jej zaakceptowania, leczenie doznanej traumy.

Stąd określając wysokość należnego tytułem zadośćuczynienia świadczenia pieniężnego musi się kierować wskazanymi wyżej kryteriami, mając na uwadze całokształt okoliczności każdego rozpatrywanego przypadku. Korygowanie przez Sąd II instancji zasądzonego zadośćuczynienia może być aktualne w zasadzie tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 r., I CK 219/04, LexPolonica nr 1538848).

Mając powyższe na uwadze, w świetle całokształtu okoliczności analizowanej sprawy, Sąd I instancji prawidłowo ocenił rozmiar krzywdy powoda i zasądził adekwatne do niej zadośćuczynienie. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku rzeczowo i logicznie wskazał, z powołaniem orzecznictwa Sądu Najwyższego, kryteria jakimi kierował się miarkując jego wysokość. Dokonał starannych i dokładnych ustaleń faktycznych w przedmiocie sytuacji rodzinnej powoda przed i po zdarzeniu, a także co do więzi emocjonalnych łączących powoda ze zmarłą. Sąd uwzględnił między innymi poczucie osamotnienia towarzyszące powodowi, jego zdezorientowanie, czas trwania małżeństwa, a także sposób pożycia, łączącą małżonków więź emocjonalną oraz zakres obowiązków, jakie spadły na powoda po śmierci żony, zwłaszcza obowiązek sprawowania całkowitej opieki na 9-letnim synem. W tych okolicznościach kwotę 80.000 zł uznać należy za odpowiednią. Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi nie można było pominąć, że nie został on pozbawiony wsparcia rodziny. Ma on pięcioro dzieci, mieszka z najmłodszym synem, jednym ze starszych synów, synową i wnukami. Synowa prowadzi gospodarstwo domowe. Powód po okresie żałoby związał się z kobietą.

Kwota należnego zadośćuczynienia, o czym była już mowa powyżej, wymaga uwzględnienia realiów konkretnej sprawy, a zatem powoływanie się na wartość zasądzonych kwot w innych sprawach nie może być - jak sugeruje powód - decydująca. Zarzut niewłaściwego określenia wysokości zadośćuczynienia mógłby być uwzględniony, gdyby nie zostały wzięte pod uwagę wszystkie istotne kryteria, wpływające na tę postać kompensaty, bądź też gdyby sąd uczynił jedno z wielu kryteriów, decydujących o wysokości zadośćuczynienia, elementem dominującym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2000 r. III CKN 536/98, LEX 6942276, z dnia 18 kwietnia 2002 r. II CKN 605/00, LEX 484718 i z dnia 26 września 2002 r. III CKN 1037/00, LEX 56905, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 2 lipca 2013 r., I ACa 199/13, LEX nr 1339380). Taka sytuacja nie miała jednak miejsca w tej sprawie. Wprawdzie istotnie w treści uzasadnienia Sądu Okręgowy nie znalazł się argument dotyczący kwestionowania przez pozwanego swojej odpowiedzialności, jednak uwzględniając nawet i tę okoliczność zasądzone zadośćuczynienie Sąd Apelacyjny uznał za odpowiednie.

Dla oceny wysokości roszczenia powoda nie ma też doniosłego znaczenia podkreślana przez pozwanego okoliczność, że po śmierci żony powód nie doznał szczególnego wstrząsu psychicznego, nie podjął leczenia psychiatrycznego ani nie korzystał ze wsparcia psychologów, a żałoba nie przedłużyła się i nie nabrała patologicznego charakteru. Gdyby śmierć żony powoda wywołała aż tak daleko idące skutki, to podlegałaby ona naprawieniu na podstawie art. 446 § 3 k.c., nie zaś w ramach roszczenia przewidzianego w art. 446 § 4 k.c. W świetle powyższego stwierdzić trzeba, że brak jest podstaw do zmiany zaskarżonego orzeczenia w zakresie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Mając to wszystko na uwadze, Sąd Apelacyjny obie apelacje oddalił. Rozstrzygnięcie wydane zostało w oparciu o normę art. 385 k.p.c. i zawarte w punkcie I sentencji.

Przepisy postępowania cywilnego, jako zasadę przewidują odpowiedzialność względem przeciwnika procesowego za wynik postępowania. Wyrazem tej zasady jest przepis art. 98 § 1 k.p.c. Natomiast zgodnie z dyspozycją art. 100 zd. 1 k.p.c. w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo

rozdzielone. Zasady słuszności nie sprzeciwiały się, zdaniem Sądu Apelacyjnego, wzajemnemu zniesieniu kosztów w oparciu o art. 100 k.p.c., skoro nie zaszła istotna różnica kosztów poniesionych przez każdą ze stron w toku postępowania apelacyjnego, które objęły wynagrodzenie pełnomocników stron zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r. poz., 461). Wskazać przy tym należy, że wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego stanowiło 100 % stawki minimalnej, jako że w pierwszej instancji sprawy nie prowadził ten sam adwokat. Powyższe determinowało potrzebę wzajemnego zniesienia kosztów zastępstwa procesowego wygenerowanych w toku postępowania przed Sądem II instancji, o czym Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie II sentencji.