

Sygn. akt II C 393/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 października 2015 roku

Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie Wydział II Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Dubinowicz – Motyk

Protokolant: sekr. sąd. Anna Fesz

po rozpoznaniu w dniu 9 października 2015 roku na rozprawie

sprawy z powództwa A. B., J. B., Z. B. i G. B.

przeciwko Instytutowi (...) w W. i (...) S.A. w W.

o zapłatę

I oddała powództwo;

II odstępuje od obciążania powodów kosztami procesu;

III nieuiszczone koszty sądowe przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt II C 393/12

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 marca 2012 roku A. B. oraz małoletni J. B., Z. B. i G. B., reprezentowani przez matkę A. B., wnieśli o zasądzenie od Instytutu (...) w W. oraz od (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. następujących kwot:

- na rzecz A. B. renty w wysokości po 300zł miesięcznie, płatnej z góry do jej rąk, do dnia 10 każdego miesiąca, począwszy od dnia 20 czerwca 2011 roku, wraz z odsetkami w przypadku zwłoki w płatności każdej renty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego zwalnia drugiego z pozwanych;

- na rzecz małoletnich powodów J. B., Z. B. i G. B. renty po 300zł dla każdego z nich, płatnych do rąk powódki A. B., do 10 dnia każdego miesiąca, począwszy od dnia 20 czerwca 2011 roku wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności każdej renty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

- na rzecz A. B. kwoty w wysokości 50.000zł tytułem odszkodowania, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 20 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

- na rzecz A. B. kwoty w wysokości 100.000zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 20 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

- na rzecz małoletnich J. B., Z. B. i G. B. kwoty w wysokości po 50.000zł dla każdego z nich, tytułem odszkodowania, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 20 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

- na rzecz małoletnich J. B., Z. B. i G. B. kwoty w wysokości po 100.000zł dla każdego z nich, tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 20 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że zapłata przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

oraz o zasądzenie od pozwanych Instytutu (...) w W. i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powódki A. B. kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że w dniu 26 sierpnia 2010 roku w Instytucie (...) została wszczepiona P. B. (mężowi powódki A. B. i ojcu pozostałych powodów) sztuczna komora, a następnie w dniu 6 października 2010 roku przeszczepiono mu serce. Po przeprowadzonej operacji P. B. został umieszczony na sali pooperacyjnej, na której w ocenie powódki przebywało około 14 pacjentów, których dodatkowo odwiedzała rodzina. W dniu 15 października 2010 roku z powodu powikłań pooperacyjnych P. B. został przewieziony na blok operacyjny, gdzie następnie zmarł. Lekarze jako przyczynę śmierci wskazali wielonarządowy krwotok. Powódka od pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej dowiedziała się, że na cztery dni przed zgonem pobrano od P. B. próbę, która pozwoliła rozpoznać u niego czynnik chorobotwórczy *clostridium difficile* – szczep toksynotwórczy. W ocenie powodów, P. B. został zakażony bakterią *clostridium difficile* w pozwanym Instytucie, co w konsekwencji doprowadziło do jego zgonu. Umieszczenie P. B. w sali pooperacyjnej z kilkunastoma osobami zamiast w izolacie spowodowało stan zwiększonego ryzyka jego zakażenia, co świadczyć ma o tzw. winie organizacyjnej pozwanego Instytutu, uzasadniającej jego odpowiedzialności na podstawie art. 415 k.c. i zasądzenie wskazanych w pozwie kwot tytułem zadośćuczynienia na podstawie art.446§4 k.c., odszkodowania na podstawie art. 446§3 k.c. oraz rent na podstawie art.446§2 k.c.

(...) Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów na swoją rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych. Pozwany przyznał, że w dacie zdarzenia łączyła go z Instytutem (...) umowa odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej, gdzie wysokość odpowiedzialności ubezpieczyciela ograniczona była sumą ubezpieczenia wynoszącą 46.500 euro, tj. 181.052,40zł. Wskazał jednak, że strona powodowa nie wykazała ani w pozwie ani w załączonej do niego dokumentacji, że do śmierci P. B. doszło na skutek błędu medycznego lub zaniedbania personelu Instytutu (...) (k.141-142).

Instytut (...) wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych. Pozwany twierdził, iż do zakażenia P. B. bakterią *clostridium difficile* nie doszło na terenie pozwanego Instytutu, a jego zgon nie miał żadnego związku z zakażeniem. Podkreślał także, że nie doszło do popełnienia ze strony personelu medycznego Instytutu błędu medycznego ani zaniedbań ze strony personelu, a decyzja lekarzy o przeszczepie serca była konieczna i uzasadniona ciężkim stanem zdrowia P. B.. Zdaniem pozwanego powodowie nie wykazali spełnienia przesłanek uzasadniających uwzględnienie dochodzonych przez nich roszczeń (k.165-166).

Do chwili zamknięcia rozprawy strony podtrzymywały dotychczasowe stanowiska (k.1188).

#### Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

P. B. od wielu lat chorował na niewydolność serca oraz astmę oskrzelową i wiele razy był hospitalizowany. Gdy miał 29 lat zdiagnozowano u niego kardiomiopatię rozstrzeniową; na tę samą chorobę chorował jego ojciec i z jej powodu zmarł w wieku 42 lat. W sierpniu 2007 roku, podczas pobytu w (...) Szpitalu (...) w S. zaproponowano P. B. zgłoszenie się na listę oczekujących na przeszczep serca. W 2007 roku P. B. był po raz pierwszy hospitalizowany w Instytucie (...) w W., jednak po trzech dniach wypisał się ze szpitala na własne żądanie. Dowód: dokumentacja medyczna k.183-186, 187-190,335-337, zeznania świadka E. B. k.1034-1037

W dniu 16 lipca 2008 roku lekarz orzecznik ZUS stwierdził całkowitą niezdolność P. B. do pracy do dnia 31 lipca 2009 roku. Następnie w dniu 1 września 2009 roku wydano kolejną decyzję o całkowitej niezdolności do pracy P. B. do dnia 30 września 2011 roku. Orzeczenia te zostały wydane po przeprowadzonych bezpośrednich badaniach i dokonanych analizach dokumentacji medycznej. Dowód: orzeczenia lekarza orzecznika ZUS k.872, 882

W dniu 17 grudnia 2009 roku P. B. został przyjęty na Oddział (...) Szpitala (...) w M. z powodu pogorszenia wydolności fizycznej i duszności. Wówczas rozpoznano u niego kardiomiopatię rozstrzeniową, zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca, zapalenie oskrzeli i astmę oskrzelową. P. B. został ze szpitala wypisany w dniu 24 grudnia 2009 roku w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszej opieki w Poradni (...). W dniu 18 maja 2010 roku P. B. ponownie został przyjęty na Oddział (...) Szpitala w M. z powodu hipotonii, bólów brzucha z nudnościami i wymiotami. W dniu 24 maja 2010 roku został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym. Dowód: karta informacyjna k. 885, dokumentacja medyczna k.886-889

W dniu 22 czerwca 2010 roku P. B. został przyjęty do pozwanego Instytutu (...) w trybie pilnym z powodu nasilenia duszności wysiłkowej i spoczynkowej. Rozpoznano wówczas u chorego zaostrzenie niewydolności serca, komorowe zaburzenia rytmu, niedomykalność mitralną, niedomykalność trójdzielną, nadciśnienie płucne i astmę oskrzelową oraz zdiagnozowano objawy zaawansowanej niewydolności lewokomorowej i prawokomorowej serca. W dniu 13 lipca 2010 roku P. B. został wypisany z zaleceniem dalszego systematycznego leczenia pod ścisłym nadzorem Poradni (...) Instytutu (...). Dowód: karta informacyjna k.201-203, 890, 901-907

W dniu 26 lipca 2010 roku P. B. został ponownie przyjęty do pozwanego Instytutu (...), tym razem w stanie ogólnym bardzo ciężkim. Rozpoznano wówczas kardiomiopatię rozstrzeniową pozapalną z cechami niewydolności krążenia. Z uwagi na ciężką niewydolność krążenia nie poddającą się leczeniu farmakologicznemu do terapii dołączono mechaniczne wspomaganie krążenia kontrapulsacją wewnątrzaoortalną (leczenie wspomagające pracę serca balonem do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (...)). Pomimo zastosowanego leczenia farmakologicznego oraz w/w leczenia wspomagającego pracę serca stan pacjenta nie uległ poprawie. W dniu 26 sierpnia 2010 roku, z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia, wszczepiono P. B. obu komorowe mechaniczne wspomaganie serca pneumatyczne typu (...) jako pomost dla transplantacji serca. W ówczesnym stanie zdrowia pacjenta, była to jedyna metoda na umożliwienie P. B. dożycia do zabiegu przeszczepu serca. Z uwagi na postępującą niewydolność nerek do terapii dołączono terapię nerkozastępczą. Po wczesnym okresie pooperacyjnym, który wymagał wyrównania utraty krwi i innych parametrów, stan P. B. się ustabilizował i pacjent przebywał na Oddziale Intensywnej Terapii w oczekiwaniu na transplantację serca. Plan leczenia wobec P. B. był prowadzony zgodnie z najnowszymi zaleceniami (...) Towarzystwa (...) ( (...)) z 2012 roku jako pomostu do transplantacji serca. Leczenie kardiologiczne i kardiochirurgiczne chorych z ciężką oporną na leczenie farmakologiczne niewydolnością serca jest obarczone wysokim ryzykiem leczenia, z śmiertelnością wynoszącą do 40 – 60 %. Dowód: dokumentacja medyczna k.894, 895-898,709, opinia instytutu k.1132-1136 i 1153-1154, zeznania świadka E. R. 995-996

W dniu 6 października 2010 roku P. B. wyraził pisemną zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego związanego z przeszczepem serca. W tym dniu P. B. miał przeprowadzony przeszczep serca. Przeszczep serca u chorych, którzy mieli wcześniej wszczepione sztuczne komory jest przeszczepem wysokiego ryzyka. Stan P. B. po przeszczepie serca był ciężki i wymagał podawania wysokich dawek leków krążeniowych, wziewnie tlenu azotu, przetaczania krwi i plazmy. Pacjent wymagał monitorowania hemodynamicznego i echograficznego. Z czasem ustabilizowało się krążenie, zmniejszono dawki leków, odłączono pacjenta od respiratora, zaprzestano podawania tlenu azotu. Po zabiegu pacjent został przewieziony na salę pooperacyjną, gdzie był poddany pełnemu monitorowaniu wszystkich funkcji życiowych. Każdy pacjent po zabiegu kardiochirurgicznym przewożony jest na salę pooperacyjną kardiochirurgiczną. Nie istnieją zalecenia umieszczania pacjentów bezpośrednio po przeszczepie serca w izolatce. P. B. był w grupie największego ryzyka chorych po przeszczepie serca i dlatego też przebywał bezpośrednio po przeszczepie na sali pooperacyjnej, gdzie pacjent jest pod opieką wielu osób, które w sytuacji zagrożenia życia mogą podjąć natychmiastowe działania, w tym w sytuacjach nagłych istnieje możliwość wdrożenia kolejnych procedur i szybkiego przewiezienia na blok operacyjny. Sala pooperacyjna, na której przebywał P. B. jest salą maksymalnie 10 – osobową. Na tej sali dopuszczalne są odwiedziny członków najbliższej rodziny chorych, jednakże z obostrzeniami, np. przez pierwsze dwie doby po operacji nie ma odwiedzin. Dowód: oświadczenie k. 191-193, dokumentacja medyczna k.197,714, opinia instytutu k.1132-1136 i 1153-1154, zeznania świadka E. R. 996-1000, zeznania świadka E. B. k.1034-1037

W dniu 11 października 2010 roku wystąpiła u P. B. biegunka. W związku z tym niezwłocznie pobrano wymazy, przeprowadzono test immunoeuzymatyczny w celu określenia obecności bakterii. W dniu 15 października 2010 roku stwierdzono obecność w organizmie P. B. szczepu toksynotwórczego clostridium difficile. Wcześniej szpital nie miał powodów wykonywania diagnostyki clostridium difficile, dopóki nie wystąpiły objawy w postaci biegunki, jednakże wiedza o ewentualnym zakażeniu przed operacją nie wykluczyłaby chorego z planowanego przeszczepu serca. Zgodnie z amerykańskimi oraz europejskimi zaleceniami badanie w kierunku toksynotwórczych szczepów clostridium difficile powinno być wykonane tylko w kale biegunkowym, występującym u chorego  $\geq 3$  razy na dobę, a przed przeszczepem serca standardowo nie przeprowadza się badań w kierunku na nosicielstwo bakterii clostridium difficile. Okres pomiędzy wszczepieniem sztucznych komór a przeszczepem serca u P. B. nie demonstrował żadnej patologii w kierunku zakażenia. Po wykonanych posiewach wszystkie wyniki były ujemne. Dowód: dokumentacja medyczna k. 31, 773 v-774, zeznania świadka E. R. k.998-1000, zeznania świadka M. K. k.1040-1041, opinia biegłej M. S. k.1184-1187

P. B. obarczony był wieloma czynnikami ryzyka zakażenia toksynotwórczym szczepem clostridium difficile, takimi jak wielokrotna i długotrwała hospitalizacja, antybiotykoterapia, zabieg operacyjny w ciągu ostatnich 30 dni, immunosupresja. Ponieważ P. B. przebywał kilkakrotnie w różnych szpitalach, w każdym z nich jego przewód pokarmowy mógł zostać skolonizowany szczepem toksynotwórczym. Ponadto przyjmowanie antybiotyków w wymaganej profilaktyce okołoperacyjnej, dwukrotny zabieg operacyjny, zastosowana immunosupresja są czynnikami zwiększającymi ryzyko zakażenia. Zakażenie toksynotwórczym szczepem clostridium difficile może objawiać się obrazem klinicznym o różnym nasileniu, od biegunek o łagodnym przebiegu bez zapalenia okrężnicy, do ciężkiego zapalenia jelita grubego z niedrożnością i okrężnicą olbrzymią (megacolon toxicum), może dojść do perforacji jelita, wstrząsu septycznego, a nawet zgonu. Dowód: opinia instytutu k.1132-1136 i 1153-1154, opinia biegłej M. S. k.1184-1187

Po przeszczepie serca u pacjenta na sztucznych komorach istnieje duże zagrożenie gromadzenia się krwi w worku osierdziowym, dlatego wykonuje się badanie echo żeby ocenić stan chorego. Przeprowadzenie tego badania wobec P. B. było wskazane tym bardziej, że bezpośrednio po przeszczepie pacjent był podłączony, z powodu ostrej niewydolności nerek, do leczenia nerkozastępczego, które wymagało podawania pewnej dawki leków przeciwkrzepliwych. Te dwa elementy wskazywały na dużo większe prawdopodobieństwo rozwinięcia się krwawienia. Dowód: zeznania świadka E. R. k.996-997

W dniu 15 października 2010 roku w wykonanym zabiegu ultrasonograficznym serca stwierdzono tamponadę serca. P. B. został w trybie pilnym przewieziony na blok operacyjny. W trakcie znieczulenia doszło do nagłego zatrzymania serca. Po podaniu dożylnym H. i kaniulacji tętniczej i żylniej rozpoczęto krążenie pozaustrojowe celem zabezpieczenia funkcji życiowych pacjenta, odbarczono tamponadę serca. Celem wyrównania krążenia przedłużono reperfuzję, wyrównano metabolicznie pacjenta. Następnie zakończono krążenie pozaustrojowe i zamknięto klatkę piersiową w sposób typowy. Później doszło do załamania krążenia wraz ze spadkiem ciśnienia tętniczego. O godzinie 11.40 stwierdzono zgon P. B.. Po przeprowadzonej sekcji zwłok stwierdzono, że przyczyną zgonu były ogniska martwicy niedokrwiennej w mięśniu lewej komory serca oraz niewydolność mięśnia sercowego w postaci przekrwienia narządów i obrzęku płuc, a ponadto krwawienie do przestrzeni przedniego śródpiersia oraz ostre krwawienie do jamy otrzewnej, powstałe prawdopodobnie w trakcie zabiegu operacyjnego w dniu śmierci. Podczas sekcji zwłok nie ustalono nacieków komórkowych zapalnych świadczących o zakażeniu bakterią. Dowód dokumentacja medyczna k. 723- 726,893,900, protokół sekcyjny k. 194-196, opinia instytutu k.1132-1136 i 1153-1154, karta zgonu k.39-40, zeznania świadka T. D. k.1037-1038

W okresie od 1 listopada 2009 roku do 31 października 2010 roku odpowiedzialność cywilną Instytutu (...) w W. z tytułu prowadzonej działalności związanej z udzielaniem świadczeń medycznych ubezpieczał (...) S.A. Dowód: polisa (k.277-281)

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o przywołane powyżej dowody, oddalając finalnie wniosek o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadka R. K., albowiem okoliczności, na które świadek miał zeznawać wynikają

z zeznań przesłuchanej w sprawie E. B. i z dokumentacji medycznej, a przeprowadzenie dowodu z jego przesłuchania napotykało na przeszkody z uwagi na niestawiennictwo świadka na kolejnych terminach rozpraw.

#### Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się nieuzasadnione.

W niniejszej sprawie powodowie domagali się zasądzenia od pozwanego Instytutu (...) w W. i (...) S.A. w W. odszkodowania ze względu na znaczne pogorszenie sytuacji życiowej najbliższej rodziny poszkodowanego, zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną przez powodów w wyniku śmierci ojca i męża oraz przyznania renty. Żądania te znajdują swą podstawę w art. 446 k.c., stanowiącym iż osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego (§2). Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli skutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej (§3). Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (§4).

Podstawą prawną zgłoszonych przez powodów żądań wobec pozwanego Instytutu (...) był art. 430 kc, zaś wobec pozwanego (...) S.A. w W. – art. 822§1 kc w zw. z art. 430 kc. Przywoływany art. 430 kc stanowi, iż 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. W niniejszej sprawie niesporne było, iż osoby prowadzące leczenie P. B. były pracownikami pozwanego Instytutu, a do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek których zatrudnieni w nich lekarze wykonują czynności z zakresu diagnozy i terapii, zastosowanie znajduje art. 430 kc. Oznacza to, że pozwany Instytut odpowiada na zasadzie ryzyka za ewentualne szkody wyrządzone przez zatrudnianych przez siebie lekarzy przy wykonywaniu przez nich powierzonych im czynności, o ile działania lekarzy będą zawinione w rozumieniu art. 415 kc.

Nie było przedmiotem sporu, iż samo podjęcie kolejnych interwencji chirurgicznych u P. B. nie było działaniem bezprawnym, jako że zostało poprzedzone poinformowaniem go o istocie planowanego zabiegu wszczepienia sztucznych komór i zabiegu przeszczepu serca i możliwych niepowodzeniach oraz uzyskaniem pisemnej zgody na wykonanie zabiegu. Spełnione zostały więc wymogi przewidziane w art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Następstwem wyrażenia zgody na zabieg operacyjny przez P. B. było przyjęcie przez niego na siebie ryzyka niepowodzenia medycznego. Istotne jest, iż wyrażając zgodę na zabieg operacyjny pacjent nie obejmuje nią skutków żadnej postaci winy lekarza czy w trakcie operacji czy w okresie pooperacyjnym. W rozpoznawanej sprawie przedmiotem sporu stron było to, czy lekarze opiekujący się P. B. popełnił zawiniony błąd medyczny, nie zapewniając choremu należytej opieki w okresie pooperacyjnym, nie dostrzegając u chorego objawów zakażenia bakterią, co skutkowało drastycznym pogorszeniem się stanu zdrowia P. B. i jego śmiercią. Sąd podkreśla, iż powodowie łączyli odpowiedzialność strony pozwanej nie z faktem i sposobem przeprowadzenia u P. B. zabiegu wszczepienia sztucznych komór serca czy przeszczepu serca, lecz z doprowadzeniem do zakażenia P. B. szczepem toksynotwórczym *clostridium difficile* i brakiem odpowiedniego leczenia skutków owego zakażenia. Sam fakt zakażenia ową bakterią, stwierdzonego dnia 15 października 2010 roku, był niesporny między stronami. Pozwani przeczyli jednak temu iż do zakażenia doszło podczas pobytu P. B. w placówce pozwanego Instytutu, a jeśli tak – iż zakażenie to wynikało z zawinionej działalności bądź zaniechania personelu pozwanego oraz czy fakt zakażenia był przyczyną śmierci P. B.. Obowiązek udowodnienia tych okoliczności spoczywał, zgodnie z art. 6 kc, na stronie powodowej.

Sąd stoi na stanowisku, iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie uzasadnia ustalenia, iż lekarze leczący P. B. w pozwanym Instytucie (...) dopuścili się w trakcie procesu leczenia działań bezprawnych i zawinionych, tj.

zaniechania odpowiedniej opieki w okresie pooperacyjnym (pobyt chorego w wieloosobowej sali) i brak leczenia czy nieodpowiednie leczenia zakażenia, skutkujących śmiercią P. B., ani też by inny personel szpitala zaniedbał swych obowiązków, co doprowadziło do zakażenia P. B. bakterią, a następnie jego śmierci.

Stosownie do art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu 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. Interpretacja przywołanego przepisu prowadzi do wniosku, iż lekarzowi można przypisać winę tylko w przypadku jednoczesnego wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości jego postępowania w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, przy czym element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii lekarskiej, a element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza wymaganej wysokiej staranności zawodowej.

Ocena prawidłowości podejmowanych wobec P. B. działań lekarskich w pozwanym Instytucie wymagała zasięgnięcia wiadomości specjalnych, stąd Sąd dopuścił dowód z pisemnej opinii instytutu – (...) w Z. na okoliczność ustalenia: przyczyny zgonu P. B. (w szczególności - czy była nią niewydolność przeszczepionego serca czy zakażenie bakterią *Clostridium difficile* oraz czy i jaki wpływ na zgon P. B. miało zakażenie w/w bakterią) oraz czy w okresie pobytu P. B. w pozwanym szpitalu personel szpitala w procesie leczenia dopuścił się błędów lub zaniechań mających wpływ na zgon P. B. (w szczególności - czy istniały wskazania kliniczne lub proceduralne dla przeprowadzenia przed 7 października 2010 roku diagnostyki w celu wykluczenia infekcji lub nosicielstwa bakterii *Clostridium difficile* i czy w razie powzięcia przed operacją przeszczepu serca wiedzy o zakażeniu lub nosicielstwie P. B. personel pozwanego szpitala miał możliwość podjęcia czynności zwiększających szanse P. B. na przeżycie po zabiegu (k.1065). W konkluzji opinii stwierdzono, że leczenie wobec P. B. było prowadzone według przyjętych procedur medycznych w zakresie leczenia kardiochirurgicznego i transplantologii. Nadto wskazano, iż zgodnie z amerykańskimi i europejskimi zaleceniami badanie w kierunku toksynotwórczych szczepów *clostridium difficile* powinno być wykonane tylko w kale biegunkowym, występującym u chorego  $\geq 3$  razy na dobę, a więc iż szpital nie miał obowiązku sprawdzać czy chory jest zakażony tą bakterią przed wystąpieniem objawów. Nawet wykrycie w szpitalu przypadku zakażenia tą bakterią nie było podstawą do wstrzymania procedur operacyjnych. Ponadto biegli wskazali, iż nie istnieją zalecenia umieszczania pacjentów po przeszczepie serca w izolatce, stąd nie było błędem umieszczenie P. B. w kilkuosobowej sali pooperacyjnej. W konkluzji opinii mikrobiologicznej wskazano, że P. B. obarczony był wieloma czynnikami ryzyka zakażenia toksynotwórczym szczepem *clostridium difficile*, takimi jak wielokrotna i długotrwała hospitalizacja, antybiotykoterapia, zabieg operacyjny w ciągu ostatnich 30 dni, immunosupresja. Podkreślono także, iż pozwany szpital nie miał powodów do wykonywania diagnostyki *clostridium difficile*, dopóki nie wystąpiły objawy u pacjenta w postaci biegunki, a wówczas podjęto odpowiednie czynności diagnostyczne, przy czym dopiero 15 października stwierdzono u pacjenta występowanie szczepu w/w bakterii. Opinię instytutu Sąd uznał za wiarygodną i przekonującą, albowiem była logicznie i merytorycznie uzasadniona, a jej autorami były osoby których wiedzy fachowej nie sposób kwestionować. Sąd miał przy tym na uwadze, że w pisemnej i ustnej opinii uzupełniającej wyczerpująco i obszernie umotywowano wnioski opinii, wyjaśniając wątpliwości i odnosząc się do zastrzeżeń powodów zgłaszanych po doręczeniu opinii pisemnej. Wnioski opinii znajdowały odzwierciedlenie w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, głównie dokumentacji medycznej. Analiza akt sprawy nie dostarcza również żadnych dowodów, które poddawałyby w wątpliwość postawione przez biegłych twierdzenia. Wymaga zauważenia, iż zeznający w charakterze świadków lekarze leczący P. B. opisywali podejmowane przez siebie wobec chorego czynności i ich uzasadnienie w sposób zbliżony do wniosków przedstawionych w opinii instytutu – (...) w Z.. E. R. wskazywała, że przed przeszczepem serca standardowo nie przeprowadzano badań w kierunku na nosicielstwo bakterii *clostridium difficile* oraz iż „... gdyby stwierdzono u P. B. nosicielstwo tej bakterii przed przeszczepem, to nie zmieniłoby to postępowania i pacjent i tak miałby wykonany przeszczep serca, gdyż ewentualne nosicielstwo tej bakterii nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu” (k.1001). Świadek M. K. potwierdził również, że nie było takiego wymogu żeby przed operacją badać pacjenta na obecność tej bakterii oraz iż „Stwierdzenie obecności tej bakterii u pana B. nie dyskwalifikowałoby go ani od wszczepienia sztucznych komór ani od przeszczepu serca. Każda ta procedura była wykonywana w stanie zagrożenia

życia Pana B. i gdybyśmy ich nie wykonali pacjent by zmarł” (k.1041). Świadek T. D. potwierdził natomiast, iż w czasie sekcji zwłok pana B. nie zaobserwował objawów zakażenia w/w bakterią, tj. istnienia ognisk zapalnych.

Reasumując, żaden z przeprowadzonych w sprawie dowodów nie uzasadnia ustalenia by to zakażenie bakterią *clostridium difficile*, a nie niewydolność serca po przeszczepie, było przyczyną śmierci P. B., by do zakażenia bakterią doszło w czasie hospitalizacji P. B. w pozwanym Instytucie i by personel medyczny pozwanego szpitala powinien i mógł wcześniej zauważyć jego objawy i podjąć stosowne działania lecznicze. Z opinii instytutu jednoznacznie wynika, iż w leczenie kardiochirurgiczne P. B. było prawidłowe, iż podejmowane wobec pacjenta działania w okresie pooperacyjnym były prawidłowe (w szczególności, iż nie naruszono wymogu umieszczenia pacjenta w izolatce i przeprowadzenia badań wykluczających nosicielstwo bakterii *clostridium difficile*) i że do czasu pojawienia się objawu zakażenia bakterią (biegunki) nie było podstaw do wykonywania badań diagnostycznych w kierunku obecności tej bakterii w organizmie pacjenta. Powyższe stwierdzenia, w powiązaniu z faktem, iż P. B. był wielokrotnie wcześniej hospitalizowany i poddawany antybiotykoterapii, co jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zakażenia, a następnie poddany operacji i immunopresji po przeszczepie serca, czynią prawdopodobnym, iż do bezobjawowego zakażenia pacjenta bakterią mogło dojść przed hospitalizacją w pozwanym Instytucie. Tak więc, zdaniem Sądu, na terenie pozwanego Instytutu nie doszło do błędu medycznego ani zaniedbań czy zaniechań ze strony personelu.

Skoro powodowie nie wykazali istnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego Instytutu (...) określonych w art. 430 kc, powództwo kierowane wobec pozwanego Instytutu i wobec (...) S.A., jako ubezpieczyciela odpowiedzialności cywilnej pozwanego Instytutu, podlegało oddaleniu w całości jako nieuzasadnione, o czym orzeczono w pkt I sentencji wyroku.

Sąd odstąpił od obciążania powodów kosztami procesu, na podstawie art. 102 kpc, kierując się złą sytuacją życiową i materialną powodów przedstawioną we wnioskach o zwolnienie powodów od kosztów sądowych, jak i wynikającą z uzasadnienia pozwu – w następstwie śmierci P. B. powódka A. B. pozostała jedynym żywicielem trojga małych dzieci.

Wobec całkowitego zwolnienia powodów od kosztów sądowych i wobec wyniku postępowania, Sąd orzekł o przejęciu nieuiszczonych kosztów sądowych na rachunek Skarbu Państwa, stosownie do art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.